Nr. 21. 24. maja 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. KAROL KLECKI

6. VII. 1866. — 10. IV. 1931.

Ubyła nauce polskiej postać niepospolita, człowiek niepośledni, którego strata niepowetowaną jest dla świata lekarskiego i studjującej młodzieży. Zabierając głos, by złożyć hołd pracy i zasługom prof. Karola Kleckiego i wyrazić żal z powodu Jego zgonu, boję się, że nie zdołam dostatecznie i w całej pełni ocenić zalet Jego umysłu tak głębokiego, krytycznego i subtelnego, który przez czterdzieści prawie lat chciał i mógł prowadzić naukę patologji w Polsce, że nie potrafię należycie pojąć tego trudu i mozołu, tak pracowitego życia.

Gdy się mówi, że patologja jest teoretyczną podstawą nowoczesnej medycyny, która pozwala wnikać i oceniać rolę różnych czynników w powstawaniu i przebiegu chorób, to już to samo właśnie daje pojęcie rozległości przedmiotu nauki, związanego z wszystkiemi prawie gałęziami wiedzy przyrodniczej. Ogarnięcie jego od podstaw przechodzi wprost siły jednego życia. To też praca prof. Kleckiego, za którego życia i działalności naukowej powstawała nowoczesna medycyna, której wszystkie prawie działy zdołał objąć, zanalizować, zbudować w Swym umyśle od podstaw, jest niezmierną, lecz to nietylko dzięki Jego pracowitości systematyczności, lecz także ogromna pamięć, niezmierna łatwość ujmowania, właściwego oceniania przeceniianych nieraz modnych teoryj, odpowiednie zaznaczenie ich wagi i kolejności, głęboka i sumienna krytyka, sprawiły, że posiadł prawie całość teoretycznej medycyny. Ubył więc człowiek, jakiego nie prędko lub może już nigdy nauka polska nie zyska.

Idąc ciągle z postępem nauki unikał w niej dogmatyzmu, sądy swoje precyzował ściśle i jasno, były one zawsze oparte na wolnej od jednostronności i przesady, gruntownej wiedzy. Swoje sądy wyrażał śmiało — wierzył w to co głosił, był w nich nieustępliwy. Zagadnienia jakie się nasuwały przy zetknięciu się z rzeczywistością skłaniały Go przedewszystkiem do sumiennej analizy i rozważań, których wynikiem było postawienie konkretnego zagadnienia naukowego. Kochał naukę. Radością Jego było znajdywać rozwiązanie zadań, udzielać rad, po które się do Niego zwracano. Wykłady Jego wygłaszane z wielką swobodą i łatwością, w formie skończonej, z wielkiem umiłowaniem rzeczy poznanych dawały słuchaczom tak wielką pełnię wiedzy, potrafiły zawsze zająć uwagę i skupić mimo iż przedmiot sam bywał często trudny do ujęcia i nieefektowny. Jako kierownik i nauczyciel niezrównany umiał wyłuszczyć z niepotrzebnego balastu istotę rzeczy. Pomagał w pracy naukowej, służąc radą w najdrobniejszych nawet szczegółach.

Prof. Klecki uczył, robił to nietylko z głębokim umiłowaniem i prawdziwem przekonaniem, że to co podaje jest koniecznie potrzebne, lecz był nauczycielem wymagającym, który nie uznawał niedociągnięć i ogólników tam, gdzie można było dać odpowiedź ścisłą i jasną. Wymagał zawsze twierdzeń pozytywnych i dokładnych. Zwracał uwagę na formę, twierdząc, że forma jest zawsze pewnym i ścisłym narzędziem, które w zupełności od nas zależy, a która nietylko ułatwia ale nawet uprzystępnia nam rzeczy zawiłe.

Zimny pozornie i twardy, nie cofał się nigdy. Sprawy wszczęte przeprowadzał do końca, nie znał kompromisów. Oddany bez zastrzeżeń swoim przyjaciołom, uważający i uprzejmy, — czasem zimny, to znów miękki a nawet czułostkowy, bezwzględny był jedynie dla siebie, od siebie wymagał zawsze największego wysiłku, najbardziej wytężonej pracy nawet wtedy, kiedy podcięte Jego zdrowie odmawiało Mu posłuszeństwa.

Urodzony w roku 1866 w Radomiu, wychowany w wielkich tradycjach walki o wolność, wstąpił w r. 1876 do gimnazjum filologicznego w Warszawie. Gimnazjum rosyjskie pozostało dla Niego bogatem źródłem wspomnień związanych z przekraczaniem dyscypliny szkolnej, której nie zawsze się poddawał. Medycynę studjował w Dorpacie w czasie największego jej rozkwitu. Już wtedy podczas feryj w r. 1886 pracował w zakładzie histologji Uniw. Warszawskiego prof. Hoyera i w r. 1888 i 89 w klinice wewnętrznej i w oddziale chirurgicznym w szpitalu Dzieciątka Jezus. Na wakacjach w r. 1890 spędzając lato w Zakopanem pracował w zakładzie anatomji U. J. u prof. Teichmana, poczem odbywa pierwszą podróż zwiedzając kliniki chorób wewnętrznych i kobiecych U. Jenejskiego. Od r. 1890 był przez pewien czas koasystentem U. Dorpackiego u prof. Unterrichta. Na podstawie pracy eksperymentalnej histologicznej o połączeniach protoplazmatycznych między komórkami mięśniowemi otrzymuje stopień doktora medycyny. Następnie opuszcza Dorpat i do r. 1894 pracuje w Krakowie jako asystent naukowy w klinice chirurgicznej u prof. Rydygiera, poza tem w zakładzie fizjologji U. J. u prof. Cybulskiego, w zakładzie patologji U. J. u prof. Gluzińskiego i na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza. W tym czasie ogłasza już kilka prac naukowych, w których przebija się wielostronność zainteresowań i zaznacza się wyraźnie kierunek Jego przyszłych prac związanych z patologją przewodu pokarmowego. W r. 1894 wyjeżdża jako stypendysta do Paryża, gdzie przeprowadza klasyczne badania nad zjadliwością *bacterium coli* przewodu pokarmowego. Styka się wtedy z elitą naukową francuską, zaprzyjaźnia z Julem Bordet'em i z Roux obecnym dyrektorem Instytutu. Poznaje również i zaznajamia się z techniką prac bakterjologicznych, a wracając stamtąd pierwszy przywozi surowicę przeciwbłoniczą na oddział kliniki dziecięcej w Krakowie. W r. 1895 w grudniu po powrocie habilituje się, następnie wyjeżdża do Wiednia, gdzie pracuje w zakładzie fizjologji u prof. Exnera, zawiązuje bliższe stosunki z późniejszymi profesorami Biedlem i Kreidlem. Od r. 1906 obejmuje, początkowo jako zastępca katedrę patologji ogólnej U. J. W tym czasie ogłasza dalej szereg prac nad patogenezą zapalenia otrzewnej i wyrostka robaczkowego, poczem zaś wydaje bardzo ciekawe badania nad przechodzeniem bakteryj przez zdrowe nerki, które weszły jako klasyczne do literatury światowej i dały początek szeregowi prac Jego uczni. W tym czasie ogłasza również parę rozpraw monograficznych będących zawsze bardzo wyczerpującemi i ścisłemi danemi traktowanych zagadnień. Pisze również o cytotoksynach, o fagocytozie, o alkoholizmie, ujmuje bardzo wyczerpująco sprawę dziedziczności w patologji. Dużo czasu poświęca żmudnym bardzo badaniom nad wpływem emanacji radu na fagocytozę bakteryj, oznacza radjoaktywność źródeł Jaszczurówki w Zakopanem. Interesują Go rzeczy nowe. Pierwszy w Polsce wszczyna badania nad hodowlą tkanek poza ustrojem. Analizuje przytem bardzo spostrzegawczo rolę zjawisk mechanicznych w tej sprawie. Wybuch wojny, zamknięcie zakładów naukowych, zwraca Jego energję w kierunku pracy społecznej, której oddaje się w komitecie książęco-biskupim, organizując świetnie zakłady odzieżowe. W tym czasie zabiera się również do opracowania podręcznika patologji ogólnej, którego pierwsza redakcja była ukończona już w roku 1919. Ciężka choroba nerek podcina już wtedy zdawałoby się niespożyty Jego organizm. W okresie organizacji uniwersytetów polskich w wolnej Rzeczypospolitej walczy, bezskutecznie jednak, o rozszerzenie studjów patologji ogólnej. Nowa ustawa studjów lekarskich ograniczyła ilość godzin patologji ogólnej do 100, z czem się nigdy ś. p. profesor pogodzić nie mógł, twierdząc, że konspektem zadawalniać się nie myśli i nie uznaje gimnazjum w uniwersytecie. Lata powojenne pchnęły także Jego myśl w kierunku zagadnień politycznych, w których wyznawał zasady tradycjonalizmu i konserwatyzmu, uznając za potrzebne wzmocnienie autorytetu władz państwowych. W ostatnich latach rozwinął wraz z asystentami swoimi wzmożoną pracę naukową, której wynikiem był szereg prac nad płytkami krwi, nad awitaminozą i t. d. W r. 1928 w maju wypuściła z pod prasy Akademja pierwszy tom Jego podręcznika. Była to ostatnia radosna chwila Jego życia, bezpośrednio bowiem potem złożony ciężką chorobą serca już nie zdołał rozwinąć całej swojej energji. Mimoto zdążył jeszcze przygotować do druku drugi tom podręcznika patologji ogólnej i kierować pracami swoich uczniów, których wynikiem było szereg ciekawych prac z patologji raka. Aż do ostatniej prawie chwili wykładał nie szanując wprost Swojego zdrowia, a wykłady te równie dobre, jak w latach Jego pełni zdrowia, zdawały się zawsze wzbudzać na nowo nadwątlone Jego siły. Wierzył w te prawdy, które sam ukochał. Pamięć Jego trudu nie zginie — jak wiecznemi są hasła pracy, i jak wiecznem jest dążenie do prawdy z którą obecnie połączył się na zawsze.

Kazimierz Pelczar.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Henryk REISS, asystent kliniki. Kraków.

Próby miejscowego leczenia proteinowego w przypadkach wyłysienia plackowatego.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Leczenie chorób skórnych o pochodzeniu niewyjaśnionem nasuwa ze względów zrozumiałych rozmaite trudności, a postęp w technice leczenia oraz w osiągniętych jego wynikach jest powolny, lub zgoła żaden. Leczenie bowiem racjonalne powinno polegać na usuwaniu przedewszystkiem przyczyny, jaka wywołuje chorobę. Zebrawszy wszystkie dotychczasowe wiadomości, jakie posiadamy o łysinie plackowatej *(alopecia areata)*, dojść musimy do wniosku, że w sprawach, dotyczących jej pochodzenia, są one niedostateczne. Nie mogąc przeto ustalić dokładnie podłoża, które sprzyja cierpieniu, ani czynnika wywołującego, nie potrafimy ani cierpieniu temu zapobiec, ani jego leczyć w sposób najbardziej racjonalny, t. j. przyczynowy.

Wiadomości etjologiczne o wyłysieniu plackowatem, (*„plaque de pelade"*) są niejasne i nieliczne, oparte na niewielu danych i to przeważnie tylko statystycznych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że obwiniać tu należy etjologicznie jakieś zaburzenia w układzie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (Dohi, Cedercreutz, Jacquet), względnie zarówno w tym układzie, jak i układzie nerwowym współczulnym, być może zaburzenia ośrodkowe (Buschke, Strandberg, Lévi-Franckel, Juster) lub może wreszcie przedewszystkiem w układzie współczulnym (Fuiwara, Lévi-Franckel). Fuiwara przeprowadzał w przypadkach łysiny plackowatej próby farmakodynamiczne, doszukując się zmian w układzie wewnętrzno-wydzielniczym, z których możnaby wywnioskować dokładniej o pewnych ściśle określonych zaburzeniach; próby te wypadały jednak różnorako, a często ujemnie. Lévi-Franckel i Juster stwierdzali zaburzenia w układzie współczulnym, w szczególności w dziedzinie odruchów (zaburzenia odruchów oczno-sercowych, pilomotorycznych, nosowo-policzkowych) ze stałem niemal wzmożeniem napięcia w układzie współczulnym (sympatykotonją). Ci sami autorowie stwierdzali w przypadkach łysiny plackowatej zaburzenia w czynności wydzielniczej gruczołu tarczowego i to bądź wzmożenie, bądź osłabienie jego czynności. Basedow uważał łysinę plackowatą za jeden z objawów choroby jego mianem nazwanej, a przypisywał ten objaw nadmiernej czynności wydzielniczej tarczycy. Brusgaard znajdował w tych przypadkach niedomogę wielogruczołową; Dohi, Cedercreutz i Jacquet — inne zaburzenia wewnętrzno-wydzielnicze. Jacquet, Rousseau i Decalle stwierdzali w rzeczonych przypadkach akromegalję w łączności z wadliwą czynnością przysadki mózgowej. Przytaczano również współistnienie zaburzeń rozwojowych paznokci, a jeszcze częściej zębów (Sabouraud), przyczem liczono się ze schorzeniem zębów jako cechą pierwotną (Jacquet). Jacquet wymienia specjalnie takie wady rozwojowe, jak trudność w przebijaniu się zębów mądrości, uzębienie krzywicze, zło zwarcie szczęk i t. d. Wady te mają sprzyjać powstawaniu wyłysienia plackowatego. Dlatego też radzi on w razie uporczywych czy nawracających przypadków leczyć uzębienie i jamę ustną.

Niektórzy brali na uwagę kiłę, jako czynnik patogenetyczny w tem znaczeniu, że uszkodzenie układu gruczołowego wiedzie następowo do wyłysienia (Lévi-Rotschield, Sabouraud); inni temu zaprzeczają (Strandberg). W tych przypadkach stanowiłaby zapewne podłoże sprzyjające powstawaniu takich zmian widoczna podatność terenu jako obraz wadliwej czynności uszkodzonego jadem kiłowym układu wewnętrzno-wydzielniczego *(dystrophia humoralis)*. Uznalibyśmy wówczas taką zmianę za objaw endokrynidalny, zaliczając go, wzorem Audry'ego do t. zw. „endokrynidów". Określenie to jest jednak o tyle niewłaściwe, że nazwami w ten sposób urobionemi przywykliśmy oznaczać objawy w skórze zalergizowanej, powstałe skutkiem przerzutów bakteryjnych drogą krwi z ognisk chorobowych, istniejących w ustroju (tuberkulidy, trichofitydy). Opisywano również występujące często zaburzenia miesiączkowe (Sabouraud); nadto wskazywano na charakterystyczny, nieraz występujący objaw samowyleczenia się sprawy chorobowej po zajściu w ciążę osoby chorej, oraz jego nawroty po ciąży ukończonej (Norman, Maachen, Provis, C. Boeck, Strandberg). Na szczególną uwagę zasługuje spostrzeżenie Strandberga, dotyczące chorego na otępienie przedwczesne *(dementia praecox)*, u którego istniejące ognisko wyłysienia plackowatego miało okresową skłonność do ustępowania (t. j. do zarastania) w miarę polepszeń się stanu psychicznego chorego. Może być, że stoi to w pewnym związku z licznemi spostrzeżeniami, że wystąpienie tego cierpienia poprzedzają często przejścia psychiczne, które stanowiłyby zapewne bezpośredni czynnik wywołujący.

Niektórym badaczom udało się doświadczalnie na zwierzętach (u kotów, kur, psów, względnie królików) wywołać samorzutne ograniczone wyłysiałe ogniska bądź przez wycięcie drugiego szyjnego zwoju współczulnego (M. Joseph), bądź przez podwiązanie częściowe splotów nerwowo-naczyniowych tarczycy (Bourguignon), bądź wreszcie przez sztuczne wywołanie stanu, odpowiadającego *„hyperthyreoidismus"*, t. j. stanu przepojenia ustroju hormonami tarczycy przez forsowne żywienie pewnych zwierząt wyciągiem z tarczycy (Saintou, Maximin, Mamon). Mibelli wywoływał ogniskowe wypadanie włosów przez doświadczalne przerwanie ciągłości między zwojami a gałązkami nerwowemi układu współczulnego. Gregoriantz czynił podobne doświadczenia na psach i kotach z wynikiem dodatnim i wysnuwa z tego wniosek, że wyłysienie plackowate jest pewnego rodzaju trofoneurozą skóry. Podobne wyniki miał Kösters, który czynił doświadczenia na psach i kotach.

Leczenie łysiny plackowatej mieści się w granicach leczenia miejscowego i ogólnego. Leczenie miejscowe jest czysto objawowe i ma na celu przez sztuczne wywołanie przekrwienia miejscowego środkami zewnętrznemi pobudzić tkankę schorzałą w zakresie jej czynności biologicznych i przyśpieszyć jej powrót do stanu prawidłowego. I tak znamy owe środki chemiczno-farmaceutyczne, stosowane w formie wcierań płynnych lub *„pommades en batons"*, ewentualnie z równoczesnem stosowaniem miesienia, które ma na celu przyśpieszenie obiegu krwi i limfy, wzmożenie ciepłoty miejscowej, pobudzenie przemiany materji w tkance, wyciśnięcie zawartości gruczołów skóry, wzmożenie napięcia tkanek, działanie keratoplastyczne, oraz wpływ na układ nerwowy (Bernhard), który w przypadkach wyłysienia plackowatego odgrywa niepoślednią rolę. Również starano się pobudzić tkankę w kierunku regeneracyjnym przez wstrzykiwania doskórne (Djoritch). Nieraz leczenie miejscowe wywiera na ustrój także wpływ ogólny, jak np. leczenie promieniami radu (Cottenot), leczenie promieniami krótkofalowemi, miejscowe leczenie elektrycznością w postaci wykonywanej jednobiegunowo arsonwalizacji z użyciem elektrody Oudin'a lub Mc. Intyre'a (Bernhard), względnie galwanizacji (Cottenot). Widziano także poprawę po naświetlaniu lampą Finsena lub promieniami X.

Leczenie ogólne polega na dotkankowem stosowaniu środków pobudzających (proteinoterapja) lub wyciągów z gruczołów wewnętrzno-wydzielniczych względnie jadów wegetacyjnych. Zwłaszcza te dwa ostatnie mają częste zastosowanie w leczeniu przypadków wyłysienia plackowatego, gdyż w zasadniczem ujęciu sprawy staramy się niemi usunąć nieprawidłowości, jakie stwarzają odpowiednie podłoże, sprzyjające powstawaniu takich zmian. Jest to więc leczenie przyczynowe *„par excellence"*, ale tylko wtedy, jeśli zdołaliśmy określić dokładnie rodzaj zaburzenia (hipo- lub hiperfunkcję) takich, a nie innych gruczołów wewnętrzno-wydzielniczych, względnie stan napięcia nerwowego układu współczulnego *(vagotonia, sympathicotonia)*. W takich przypadkach, przeprowadziwszy poprzednio badanie ustroju współczulnego, przystąpić można do zestawienia odpowiednich przetworów leczniczych i podawania ich choremu, najlepiej drogą pozajelitową, przez dłuższy okres czasu. Jakkolwiek niezawsze spostrzegano potem dodatnie wyniki lecznicze, to jednak niejednokrotnie stwierdzano po zastosowaniu takiego leczenia już po krótkim czasie znaczną poprawę lub całkowite ustąpienie objawów, mimo, że nie zastosowano w tych przypadkach pomocniczego leczenia miejscowego. Pawlas, który zaznacza stałe niemal występowanie w przypadkach łysiny plackowatej wzmożenia napięcia w układzie współczulnym przy równoczesnych zaburzeniach w czynności tarczycy, — stosował leczenie odpowiedniemi środkami działającemi na układ nerwowy oraz leczenie narządowe (organoterapję) i osiągał niezłe wyniki. Hubbard poleca stosowanie arszeniku i pilokarpiny, a szczególnie u młodych kobiet przetwory wielogruczołowe, w szczególności mieszaninę wyciągów tarczycy, gruczołów mlecznych i jajników. Podawanie arsenu zaleca również Scholtz.

O ile niektórzy również donoszą o mniej lub więcej pomyślnych wynikach leczenia narządowego (Dohi, Darier, Lévi-Franckel, Juster), o tyle inni mieli wyniki ujemne, a w szczególności przy podawaniu właśnie przetworów tarczycy (Strandberg).

Leczenie każdorazowe osiągnęło najważniejszy swój wynik z chwilą pojawienia się meszku włosowego w ognisku chorobowem, co nieraz najtrudniej osiągnąć: wówczas już sprawa regeneracyjna postępuje raźniej.

W doświadczeniach niniejszych zależało mi na wypróbowaniu zabiegów leczniczych, któreby łączyły działanie miejscowe z działaniem pobudzającem ogólnem; określam to nazwą „miejscowego leczenia proteinowego". W tym celu używałem mleka, które wstrzykiwałem doskórnie w ognisko chorobowe; wstrzyknięcia te stosowałem kilkakrotnie w pewnych dowolnych (10 do 30 dni wynoszących) odstępach czasu, stosując je za każdym razem w liczbie mnogiej na powierzchni każdego z ognisk, wedle techniki niżej podanej. Wedle tej zasady można oczywiście użyć jakiegokolwiek innego przetworu białkowego lub białkowatego (np. peptonu i t. p.); wybrałem do swych doświadczeń mleko, by uczynić technikę postępowania jak najprostszą. Leczenie to polega głównie na działaniu miejscowem; przez wstrzyknięcie płynu (przeważnie ciepłego) do tkanki skórnej, osiągamy przekrwienie miejscowe i słaby odczyn zapalny, przyczem działanie nie rozciąga się tylko na powierzchnię ale także i na głębsze warstwy skóry, do których płyn się dostaje. Miejscowo działa wstrzyknięty płyn mechanicznie, chemicznie i cieplnie i ma na celu, przez wywołanie miejscowego przekrwienia w tkance skórnej, pobudzić ją do zahamowania postępów chorobowych z jednej strony, a do spraw regeneracyjnych z drugiej. Tak, jak znakiem widomym ustania sprawy chorobowej czynnej jest utworzenie się wyraźnej granicy obwodowej ogniska, poza którą tkwią już silnie włosy zdrowe, oraz zniknięcie zupełnie włosów połamanych *(„cheveux peladiques")*, — tak oznaką rozpoczynającej się regeneracji jest pojawienie się meszku włosowego.

Niezależnie od tej swojej roli miejscowej wstrzyknięty przetwór białkowy wessany do ustroju, działa nań jako na całość w sposób odpowiednio pobudzający, co w innych przypadkach musianoby uzyskiwać oddzielnem wprowadzaniem tych przetworów do tkanki (zapomocą wstrzykiwań n. p. domięśniowych lub dożylnych, jak to zazwyczaj czyniono). To samo pobudzające działanie odbywać się musi w stopniu wzmożonym w tkance chorobowo zmienionej, w którą wstrzyknięto dany przetwór, jak i w najbliższej tkance okolicznej, zapobiegając, być może, rozszerzaniu się choroby. Dawka doskórna bynajmniej nie jest w tym przypadku mniejsza od dawek, stosowanych np. domięśniowo; bo jakkolwiek wynosi w jednem wstrzyknięciu około 0.1 cm^3, to trzeba zważyć, że przy każdym zabiegu leczniczym wykonywałem po kilka wstrzyknięć, których ilość zależała od wielkości ogniska chorobowego i od ilości tych ognisk na skórze owłosionej.

Wreszcie zabieg wstrzyknięcia doskórnego wywiera pobudzający wpływ odruchowy drogą układu nerwowego na ustrój i może, nawet zastosowany w znacznej odległości od miejsca chorobowego, wywołać pewien skutek leczniczy.

Jeśli o stworzenie sprzyjającego podłoża cierpieniu obwiniać można współdziałające rozmaite stany patologiczne, należy leczenie skierować i w owym kierunku równocześnie (występowanie w zależności od okresów ciąży, miesiączki, po urazach fizycznych, po przejściach duchowych, w chorobach zakaźnych, w ciągu choroby Basedowa, w niedomodze tarczycy, w przypadkach chorób i wad rozwojowych uzębienia, w przypadkach gruźlicy i niedoodżywienia, kiły wrodzonej i t. p.). W szczególności w przypadkach skłonności dziedzicznej do występowania wyłysienia plackowatego jest wskazane zbadanie ewentualnych zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych. O ile stan cierpienia np. polepszał się podczas ciąży, to nieraz podawanie wyciągów z ciałka żółtego przynosi poprawę (Sabouraud).

Zabieg leczniczy, stosowany w doświadczeniach niniejszych polegał na tem, że po uprzedniem oczyszczeniu skóry w obrębie ogniska wyłysiałego watą przepojoną benzyną lub eterem — wstrzykiwałem w obrębie tegoż ogniska, w kilku dowolnie obranych miejscach, po 0,05—0,15 cm^3 mleka doskórnie. Na przestrzeni o wielkości np. pięści — wykonywałem 5—7 takich wstrzyknięć doskórnych; na przestrzeni o wielkości np. pięciozłotówki — wykonywałem ich 2—5. Do zabiegów używałem strzykawki o objętości 1 cm^3 (Recorda) oraz igieł ile możności jak najcieńszych. Miarą przedostania się płynu do tkanki skóry właściwej było oczywiście pojawienie się sztucznego bąbla skórnego w miejscu wstrzyknięcia. Przy oznaczaniu miejsca wstrzyknięcia postępowałem naogół indywidualnie; zasadniczo stale wstrzykiwałem w każdym razie w część środkową, oraz wokoło obwodu, tuż przy granicy prawidłowo owłosionej skóry; poza tem jednak dokonywałem kilku wstrzyknięć dość równomiernie rozmieszczonych w obrębie ogniska, a oddalonych od siebie wzajemnie bardzo rozmaicie, np. od 1½—3 cm. Kładąc nacisk na działanie w części środkowej, miałem na uwadze przyśpieszenie pojawienia się meszku włosowego, który z chwilą swej regeneracji zaczyna wyrastać właśnie od środka. Wstrzykując w częściach obwodowych, chciałem nadto tą drogą pobudzenia miejscowego tkanki powstrzymać rozszerzanie się ogniska chorobowego na przyległe części skóry owłosionej. Jeżeli na skórze głowy było więcej ognisk chorobowych, wówczas kierowałem się tą metodą postępowania w stosunku do każdego z nich.

Mając na myśli część „obwodową" ogniska, wyrażamy pojęcie względne. Określenie bowiem, jakie co do kształtu wyłysienia plackowatego znajdujemy w wielu podręcznikach, nie jest ścisłe. Albowiem ognisko chorobowe nie ma nigdy kształtu „najrozmaitszego", lecz stale kształt okrągły lub owalny. Jeśli bowiem u chorego z ogniskiem napozór wielokątnem sprobujemy usunąć graniczące z obwodem kępki włosów jeszcze tkwiących, ale niebawem wypaść mających i wskutek tego łatwo dających się usunąć za słabem pociągnięciem, to wówczas po oczyszczeniu w ten sposób terenu otrzymamy ognisko ściśle okrągłe lub owalne, graniczące ku obwodowi ze zdrową skórą owłosioną. Przy leczeniu tu podanem jest niewątpliwie rzeczą przydatną oznaczenie w ten sposób skóry zdrowej, by w najbardziej obwodowych częściach ogniska, które było pokryte zdrowem napozór uwłosieniem, wywołać miejscowe odczyny pobudzające, a zmierzające do jak najwcześniejszego ograniczenia choroby. Zbytecznem jest więc dodawać, jak duże znaczenie ma wczesne rozpoczęcie leczenia w kierunku zapobieżenia rozszerzaniu się ogniska chorobowego. Jeśli ognisko chorobowe już się nie rozszerza, wówczas chwila rozpoczęcia leczenia już mniejszą odgrywa rolę.

Mleko, używane do wstrzykiwań, przygotowywano w różny sposób. Używałem przeważnie mleka świeżego, po trzymaniu go w kąpieli wodnej o ciepłocie kilkudziesięciu stopni (60—80°) przez kilka do kilkunastu minut. Również używałem mleka przegotowanego. Wstrzykiwałem stale mleko jeszcze wyraźnie ciepłe, chcąc do działania mechanicznego i chemicznego dodać także i cieplne, specjalnie w celu spotęgowania przekrwienia. Wyjątkowo tylko wstrzykiwałem mleko surowe, na zimno. Nie zauważyłem żadnych szczególnych różnic w wynikach leczniczych w zależności od ilości, ciepłoty, czy jakości wstrzykiwanego mleka. Każde wstrzyknięcie wywoływało u chorego miejscowy słaby odczyn zapalny, uwidaczniający się tkliwością danego miejsca oraz słabem zaczerwienieniem o nieostrych granicach, które utrzymywało się przez kilka dni. Sam zabieg jest dla chorego nieco bolesny, jak wogóle zabieg wstrzykiwań doskórnych z wywołaniem sztucznego bąbla. Po zabiegu, aby zapobiec możliwym zakażeniom skórnym, pendzlowano ogniska chorobowe jodyną, poczem mógł chory bez żadnego opatrunku wracać do swoich zajęć. Nie poprzestawano oczywiście na zabiegu jednorazowym, lecz polecano choremu zgłaszać się co pewien czas, np. co 2 tygodnie, w celu powtarzania zabiegów i stwierdzania ewentualnej poprawy.

Sposób leczniczy oparty na rozumowaniu, które wyżej przytoczyłem (proteinoterapja miejscowa), zastosowałem u 16 chorych przychodni kliniki dermatologicznej U. J. — Z zestawienia tych przypadków wynika, że z tych 16 chorych z wyłysieniem plackowatem było 10 osób płci męskiej, przyczem 10 osób poniżej lat 20. Prawie u wszystkich chorych stosowano zabieg najwyżej 3-krotnie, w odpowiednich odstępach czasu. Liczniejsze zabiegi okazywały się zbędne, zasadniczo wobec osiągnięcia znacznej poprawy i cofania się zmiany chorobowej. Wyjątkowo tylko nie zastosowano zabiegów dalszych (a jeszcze potrzebnych), z tej przyczyny, że chory się już nie zgłosił. Jeżeli chory nie zgłaszał się do dalszych zabiegów, — jeżeli jednak proces regeneracyjny w obrębie ogniska odbywał się w całej pełni — można było uważać wynik leczniczy za osiągnięty; wiadomo bowiem, że najtrudniej jest powstrzymać rozszerzanie się ogniska i sprawić następnie zwrot ku procesom regeneracyjnym; chwila pojawienia się meszku, to punkt zwrotny w przebiegu schorzenia. Jeśli wystąpi już proces regeneracyjny mimo dalsze równoczesne rozszerzanie się zmiany chorobowej (gdy zachodzą więc widoczne dla naszego oka rozmaite okresy procesu chorobowego równocześnie), — to i tak znak ten można uważać za *„signum boni ominis"*, za zwiastuna ustania dalszego postępu choroby.

Wyjątkowo tylko w 2 przypadkach musiano zabieg powtórzyć więcej niż 3-krotnie, mianowicie raz u chorej 20-letniej z przebiegiem postępującym (zabieg 4-krotny, bezskuteczny) oraz u chorego 24-letniego, u którego w kilku miejscach pojawiały się świeże lub nawracające ogniska chorobowe (9-krotny zabieg ze skutkiem bardzo małym). Wogóle wynika z niniejszych badań, że można już dość wcześnie nabrać wyobrażenia, czy w danym przypadku ma leczenie proteinowe widoki wyraźnego powodzenia.

Czas rozpoczęcia leczenia od chwili pojawienia się ognisk chorobowych nie odgrywał większej roli. U sześciu z chorych leczonych — pojawiła się łysina na 2 miesiące, u czterech po-

niżej 5 miesięcy, u sześciu powyżej 5 miesięcy — przed zgłoszeniem się do kliniki. U chorych pierwszej kategorji (z istniejącemi od niedawna ogniskami chorobowemi) leczenie tylko w jednym przypadku nie odniosło skutku, a w jednym odniosło skutek wątpliwy, na 4 pomyślne; w dodatku ten wynik wątpliwy zaszedł u chorego, który z własnej winy niedługo tylko się leczył i mimo upomnienia leczenia dalszego zaniechał. U chorych drugiej kategorji (ze zmianami istniejącemi od 2—5 miesięcy) był raz wynik ujemny, a 3 razy dodatni. Z trzeciej kategorji (u chorych ze zmianami istniejącemi ponad 5 miesięcy) był jeden wynik ujemny, 2 wątpliwe a 4 dodatnie, z tem, że wynik ujemny dotyczył chorego, który zaprzestał dalszego leczenia, mimo, że uznano za konieczne prowadzić je dalej.

Natomiast ważniejszą rolę zdaje się odgrywać wiek chorego, jeśli chodzi o uzyskanie dobrych wyników leczniczych. Z chorych leczonych miało 6 poniżej lat 15, a z nich u pięciu uzyskano wynik leczniczy wyraźnie dodatni, a raz wątpliwy. I tutaj sprawa wczesnego rozpoczęcia leczenia nie odegrała roli, gdyż ten właśnie wynik wątpliwy dotyczył chorego, u którego choroba trwała z chwilą rozpoczęcia leczenia — mniej, niż 2 miesiące; natomiast z pozostałych chorych nie dochodzących piętnastego roku życia z dobremi wynikami leczenia — trzech podało, że choroba ich trwa krócej niż 2 miesiące, — dwóch, że krócej niż 5 miesięcy, — a jeden, że ponad 5 miesięcy.

Ogółem na 16 chorych — u 11 osiągnięto wyraźnie dodatnie wyniki lecznicze i to w czasie stosunkowo krótkim, bo wahającym się w okresach tygodniowych i bez względu na czas, jaki upłynął od chwili wystąpienia zmiany chorobowej. Poprawę można było stwierdzić czasami już po kilkunastu dniach od zastosowania pierwszego zabiegu. Poza tem można się też liczyć z przypuszczeniem, że w niektórych przypadkach, gdzie poprawy nie stwierdzono, skutek leczniczy dokonanych zabiegów objawić się może dopiero później.

Na podstawie wyników tych prób miejscowego leczenia proteinowego można orzec, że ten sposób postępowania przysporzyć może stanowczo wiele korzyści w sprawach, związanych z lecznictwem dermatologicznem w ogólności, a w przypadkach leczenia łysiny plackowatej w szczególności.

W próbach powyższych szło mi nietyle o uzyskanie doraźnych statystycznych wyników leczniczych, ile przedewszystkiem o realne potwierdzenie skuteczności danej metody leczniczej, opartej na pomyśle teoretycznym.

Oczywiście, że powyższy sposób leczenia nie rozwiązuje sprawy w całości. Należy go też uważać nie za sposób leczenia przyczynowego, lecz jako taki, który poza działaniem miejscowem ma na celu uruchomić ciała ochronne zarówno w tkance uszkodzonej sprawą chorobową, jak i w obrębie całego ustroju, jakkolwiek sposobem tym nie usunie się nigdy sprzyjającego chorobie podłoża. Należałoby tedy zawsze łączyć tego rodzaju leczenie z leczeniem przyczynowem (podawaniem przetworów gruczołowych i środków wegetacyjnych, odpowiednio dobranych w poszczególnych wypadkach). Jeśli w doświadczeniach niniejszych tego nie czyniłem, stosując tylko ową „proteinoterapję miejscową“, to działo się to w celu określenia wartości tego właśnie sposobu leczniczego.

Piśmiennictwo.

Bosellini: La dermatologia, Medjolan 1921. — Hubbard: A treatise on diseases of the hair and scalp, Londyn, 1928. — Joseph: Lehrbuch der Haarkrankheiten, Lipsk, 1910. — Pinkus: Die Einwirkung von Krankheiten auf das Kopfhaar des Menschen, Berlin, 1917. — Sabouraud: Pelades et alopécies en Aires, Paryż, 1929. — Djoritch, Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie, 1930. — Bernhardt: Lecznictwo dermatologiczne, Warszawa, 1930. — Scholtz: Diagnose, Differentialdiagnose u. Behandlung der Haut. u. Geschlechtskrankheiten, Lipsk, 1930. — Strandberg: Handbuch der Haut. u. Gekschlechtskrankheiten, Berlin, 1928. — Pawlas: Zaburzenia wydzielnicze gruczołów dokrewnych, a choroby skórne, Kraków 1928.

W. KOSKOWSKI. Lwów

Kilka uwag w dyskusji o Angioxyl'u.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.

W roku 1928 P. Gley i Kisthinios zaproponowali, po doświadczeniach na zwierzętach i na chorych w klinice prof. Vaquez'a, stosowanie wyciągu z trzustki, pozbawionego insuliny. Preparat nazwano *angioxyl'em*. Zalecano stosowanie tego wyciągu w wielu schorzeniach serca i naczyń. Natura chemiczna ciała czynnego w wyciągu nie jest znana, jak sami autorowie przyznają, ma ono jednak działanie zdecydowanie hipotenzyjne [1]).

Tymczasem Villaret, Besançon i Cachera wystąpili z twierdzeniem, że wyciąg z trzustki, w którym wymienieni autorowie doszukują się swoistej jednostki czynnej, powodującej obniżenie ciśnienia krwi, zawiera peptony, cholinę i histaminę. Ilości tych substancyj tam zawartych wystarczają w zupełności, by właśnie im przypisać działanie hipotenzyjne wyciągu. Wpływ, zresztą minimalny, przy zastosowaniu podskórnem *angioxyl'u*, na ciśnienie krwi, na wskaźnik oscylometryczny i na drobne tętniczki oraz znaczniejszy efekt przy stosowaniu dożylnem da się aż nadto dobrze, według Villaret'a i jego współpracowników, wytłumaczyć obecnością peptonu, choliny i histaminy [2]). Zresztą autorowie ostatni przytaczają dane chemiczne i farmakologiczne, które świadczyć mają o obecności peptonu, choliny i histaminy, czemu znów jak najkategoryczniej przeczą Gley i Kisthinios. Polemika cała tocząca się na łamach poważnego pisma „Presse Médicale“ nie jest pozbawiona pewnych momentów humorystycznych, gdy firma produkująca *Angioxyl* „autoratywnie“ odmawia w swoich memorjałach Villaret'owi i jego współpracownikom „kompetencji w dziedzinie fizjologji i farmakologji“ i uważa prace tych autorów za konkurencyjne „tembardziej, że propaguje on (Villaret) niedwuznacznie preparat *„Acecolin'ę“*.

Sprawa jest zbyt ważna, by nad nią przejść do porządku tembardziej, że *angioxyl* zdobył już sobie szerokie zastosowanie szczególnie na zachodzie. Jest jedynie kwestją, czy na to zasługuje nietylko z punktu widzenia efektów klinicznych, ale przedewszystkiem jako samoistna jednostka lecznicza. Czy jest jednem słowem mieszaniną czynnych substancyj, czy też odrębną jednostką, oczywiście natury hormonalnej, a to ze względu na swe pochodzenie i metodę przygotowania.

Aczkolwiek dotychczasowe badania nie mogą z całą stanowczością stwierdzić, że *angioxyl* nie zawiera swoistego ciała to z drugiej strony rezultaty doświadczeń, o których piszą Villaret i jego współpracownicy świadczą o obecności w *angioxylu* peptonu, choliny i histaminy. Nie będziemy tutaj ze względu na zbyt specjalny charakter dyskusji przytaczali szczegółowo argumentów z dziedziny fizjologji i farmakologji, które tutaj mogłyby się przyczynić do rozstrzygnięcia sporu. Pragniemy jedynie dorzucić kilka doświadczeń, o których nie wspomina żadna ze stron wiodących spór, a które mogą przyczynić się również do wyjaśnienia tego zawiłego zagadnienia.

Otóż Gley i Kisthinios oparli się na jednym zasadniczym dowodzie eksperymentalnym, który miał — według nich — rozstrzygnąć wszelkie wątpliwości i świadczyć o obecności odrębnego ciała w wyciągu z trzustki (poza insuliną). Dowodem tym ma być fakt obniżania się ciśnienia krwi u królika atropinizowanego i będącego w narkozie uretanowej. Atropina usuwa działanie choliny a histamina działa na królika w narkozie uretanowej hipertenzyjnie. Pepton nie wywiera wpływu na ciśnienie. Zatem wniosek, że u badanych królików, którym wstrzykiwano *angioxyl*, spadek ciśnienia krwi w tych warunkach był dowodem rozstrzygającym o działaniu swoistej substancji i o nieobecności choliny i histaminy. To kryterjum jest właściwie jedynym pozytywnym dowodem na obecność swoistego ciała dla Gleya i Kisthinios'a.

Przy głębszem rozważaniu okazuje się jednak, że dowód ten nie jest wystarczający. Przedewszystkiem jeżeli chodzi o działanie atropiny u królika. Fleischman w roku 1910 wykazał że u królika zdrowego atropina jest unieczynniana przez surowicę krwi. Są jednak różnice w zdolności destrukcyjnej różnych królików i to przedewszystkiem zależnie od warunków terytorjalnych. By sprawdzić efekt działania atropiny stosował Fleischman najpierw badanie odczynu ze strony nerwu błędnego potem jednak zastosował bardziej subtelne sposoby badania i stwierdził, że 1 cm³ surowicy może unieczynnić 0,01 do 0,1 mg atropiny. Surowica krwi człowieka nie ma właściwości destrukcyjnych, dla atropiny, tak, że nawet 0,001 mg nie może ulec zniszczeniu.

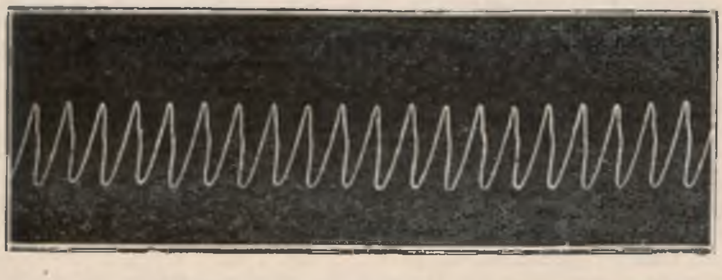
W ocenie zatem wpływu atropiny na królika liczyć się trzeba z temi różnicami i z dużą oględnością oceniać efekt ograniczający działanie choliny.

Według Gleya i Kisthinios'a wpływ *angioxyl'u* obniżający ciśnienie jest dowodem dostatecznym, gdy się spadek ciśnienia uzyskuje u królików w narkozie uretanowej. Histamina zasadniczo daje u królików w narkozie uretanowej podwyższenie ciśnienia, gdy tymczasem w takich warunkach *angioxyl* wywo-

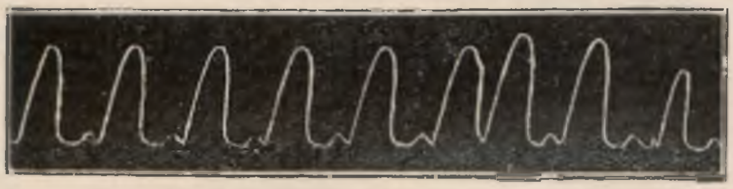
[1]) Presse Médicale Nr. 30, 1930 str. 502.
[2]) Presse Médicale Nr. 104, 1929, str. 1685.

łuje spadek ciśnienia krwi. Dowód ten jednak znów nie może służyć jako kryterjum rozstrzygające. Powołujemy się tutaj na opinję Feldberga i Schilfa[3]) w sprawie działania histaminy u królików w narkozie uretanowej. Jeżeli użyć głębokiej narkozy

Krzywa Nr. 1.
Krzywa skurczów serca izolowanego żaby przepłukiwanego płynem odżywczym z dodatkiem choliny (1%).

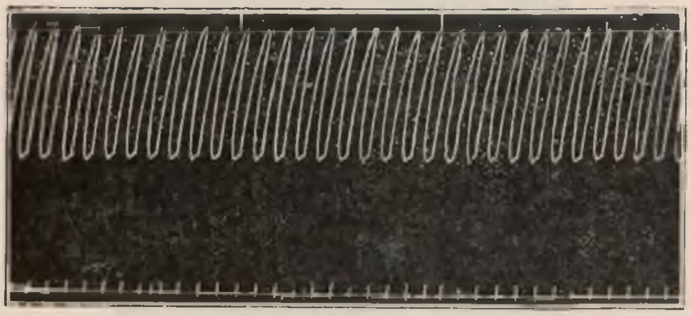


a.
Krzywa prawidłowa skurczów serca izolowanego żaby.

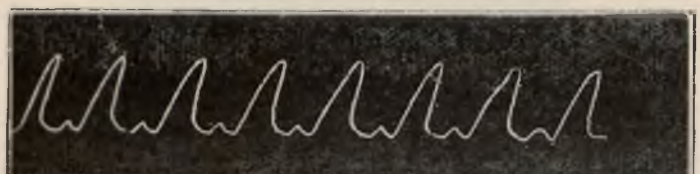


b.
Krzywa skurczów serca izolowanego żaby w 40' od chwili zadziałania choliny dodanej do płynu odżywczego.

Krzywa Nr. 2.
Krzywa skurczów serca izolowanego żaby przepłukiwanego płynem odżywczym z dodatkiem *angioxyl'u*.



a.
Krzywa prawidłowa skurczów serca izolowanego żaby.



b.
Krzywa serca izolowanego żaby w 40' od chwili zadziałania angioxylu dodanego do płynu odżywczego.

i usunąć przez to wpływ na oskrzela i naczynia płucne to wtedy histamina wyraża swoje działanie wpływem na naczynia dużego krążenia. Naczynia rozszerzają się lub zwężają zależnie od użytego środka narkotycznego. W głębokiej narkozie eterowej następuje pod wpływem histaminy podwyższenie ciśnienia krwi (Dale i Laidlow). Podobnie jak eter ma działać i długotrwała narkoza uretanowa (Dale i Laidlow). Doświadczenia wykonane jednak w Instytucie fizjologji Uniwersytetu berlińskiego (Krull i Hosoya) wykazały, że nie odnosi się to do wszystkich królików. W wielkiej ilości doświadczeń, nawet w głębokiej narkozie uretanowej brak wzrostu ciśnienia krwi po histaminie. Wielokrotnie ciśnienie to ulega spadkowi jak u zwierząt w narkozie chloralozowej i w tych wypadkach, by uzyskać podwyższenie ciśnienia należało zwierzętom stosować eter do wdechiwania.

W dawnych pracach Ackermanna i Kutchera z roku 1910 nad histaminą znajdujemy, że powoduje ona wielokrotnie spadek ciśnienia krwi u królików w narkozie uretanowej.

Wskazuje to, że różnice zachowania się ciśnienia krwi w związku z narkozą nie zależą zawsze od rodzaju narkozy, lecz mają też swe źródło i w różnicach indywidualnych właściwości zwierząt, z któremi poważnie należy się liczyć.

Dowód zatem, który miał być dla Gley'a i Kisthinios'a rozstrzygającym jest w świetle niniejszych wywodów co najmniej niepewny. Villaret i współpracownicy przytaczają wreszcie krzywe ciśnienia krwi powstałe po wstrzykiwaniu dożylnem mieszaniny peptonu, choliny i histaminy przypominające swym charakterem działanie *angioxylu* na ciśnienie krwi u królików.

Są jednak i inne dowody pozytywne, które chcieliśmy po krótce przytoczyć, a których nie wymieniono w polemice. Jeden odnosi się do obecności choliny w preparacie a drugi do histaminy.

Doświadczenia nasze wykonaliśmy na sercu izolowanem żaby (próba na obecność choliny) i na gołębiu, badając efekt sekretoryczny *angioxylu* wobec soku żołądkowego.

1. Na serce izolowane żaby przepłukiwane płynem odżywczym działaliśmy roztworem 1%-wym choliny oraz *angioxyl'em*. Cholina ma na serce wpływ podobny do muskaryny, działa jednak słabiej. Następuje zwolnienie akcji serca przyczem naogół objętość wyrzutowa nie ulega zmianie, o ile oczywiście dawki nie są zbyt wielkie. Nie zaznacza się też większy wpływ na amplitudę skurczów serca. Poniżej zamieszczone krzywe ilustrują wyraźnie podobieństwo krzywych skurczu serca izolowanego po cholinie oraz po *angioxyl'u*.

Na przytoczonych powyżej krzywych zaznacza się bardzo wyraźnie podobieństwo działania choliny i *angioxyl'u* na serce izolowane żaby.

2. Histamina jest substancją, która poza różnemi właściwościami farmakodynamicznemi, posiada też wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Żadna ze znanych substancyj nie dorównywa sile działania histaminy na wydzielanie soku żołądkowego. Właściwość ta może być dobrym sprawdzianem obecności histaminy w badanych preparatach. Zastosowaliśmy zatem tę próbę biologiczną przy badaniu *angioxyl'u*. Użyliśmy jako objektu badania gołębi z przetoką żołądkową. Jest to metoda, którą podaliśmy wspólnie ze Steusingiem i dzięki której można wykryć niewielkie nawet ilości histaminy. Granica wrażliwości wynosi około 0,1 mg na kilogram wagi gołębia.

Otóż jeżeli gołębiowi, któremu założono przetokę żołądkową wstrzyknąć domięśniowo 1—2 cm³ *angioxyl'u* to następuje obfite wydzielanie soku żołądkowego. W doświadczeniach powtarzanych kilkakrotnie otrzymywaliśmy zawsze ten efekt. Np. w doświadczeniu jednem u gołębia wagi 250 g po założeniu w narkozie eterowej przetoki żołądkowej, wstrzyknięto domięśniowo 2 cm³ *angioxyl'u*. Po 8 minutach zaczyna się wydzielanie soku żołądkowego. Odczyn na lakmus i Kongo jest dodatni. W ciągu 45 minut wydzieliło się 3.2 cm³ soku bardzo kwaśnego, zaś w ciągu 12 godzin badania razem 10 cm³ soku pełnowartościowego. Ilości te dla gołębia są bardzo duże i świadczą o znacznej sile bodźca, którym w wyciągach z narządów może być tylko histamina. Z powyższych danych wynika, że wyciąg z trzustki, który pod nazwą *angioxyl'u* wprowadzony został do terapji zawiera cholinę i histaminę w takich ilościach, że efekty działania preparatu mogą być tłumaczone obecnością tych właśnie substancyj. Nie negujemy zupełnie, jakoby z trzustki poza insuliną nie udało się uzyskać innej czynnej substancji o charakterze hormonalnym, nie mamy jednak w tej chwili w dotychczasowych pracach traktujących o *angioxyl'u* dostatecznych na to argumentów.

Rozstrzygającym zatem dowodem na obecność swoistej substancji czynnej w *angioxyl'u* byłby eksperyment, w którym działanie hipotenzyjne byłoby istotnie niezależne od działania nieswoistych domieszek. Uzyskanie takiego preparatu miałoby nietylko wielkie znaczenie praktyczne ale równocześnie wielką wartość naukową.

[3]) Das Histamin, Berlin 1930, Springer.

Płk. Dr. med. Adam MACIĄG. Kraków.

Z zakresu niecodziennych schorzeń płuc.

*(Tętniak aorty, wmurowany w pozapalnie zwłóknioną tkankę płuc — promienica płuc — rak oskrzelowy płuca — dobrotliwy nowotwór płuc *).*

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Okręgowego w Krakowie.

W praktyce na dużym oddziele szpitalnym wśród mnóstwa przypadków schorzeń płucnych, napotykamy dość rzadko na niecodzienne przypadki, odbiegające swym obrazem klinicznym od przeważnej części materjału płucnego. Przypadki te powodują niejednokrotnie, chociaż poddane badaniu wszelkiemi metodami klinicznemi, znaczne trudności rozpoznawcze, a niektóre z nich wyjaśnia dopiero nóż chirurga lub prosektora.

Zdanie sprawy szerszemu ogółowi lekarskiemu z tego rodzaju trudnych przypadków czy to drogą pokazów w towarzystwach lekarskich czy drogą ogłoszenia nie pozbawione jest pewnego donioślejszego znaczenia.

1) *Tętniak aorty, wmurowany w pozapalnie zwłóknioną tkankę płuc.* Przypadek ten dotyczył 65-letniego pułkownika w stanie spoczynku K. S. (Nr. prot. szpit. 6227/I) zawsze zdrowego. W wywiadach podawał on tylko przebycie rzeżączki z zapaleniem przyjądrzy przed 41 laty oraz wrzód miękki bez powikłań przed 39 laty. Na rok przed przybyciem do naszego szpitala pojawiło się u niego krwioplucie, od czasu do czasu występujące, z powodu którego leczył się dopiero w styczniu 1925 r. w domu, potem w Sanatorjum w Gräfenbergu, jednak bezskutecznie.

W lipcu 1925 r. zauważył on lekki niedowład prawej strony twarzy oraz górnej prawej kończyny o charakterze przemijającym, lecz połączony z 8-dniową gorączką.

W miesiąc później pojawiły się bóle w okolicy łopatki lewej z kaszlem, krwiopluciem i gorączką. Wezwani lekarze stwierdzić mieli, jak podaje chory, wysięk opłucnowy, krwawo-ropny.

Stale utrzymująca się niewielka gorączka oraz postępujące osłabienie skłoniło go do szukania porady w naszym szpitalu.

Stan jego w dniu przyjęcia 6 września 1925 r. był następujący: osobnik średniej budowy, blady, miernie odżywiony. Ciepłota 37.8°. Tętno 78. Zaznaczone obniżenie prawego kącika ust, słabiej poruszalnego w porównaniu z lewym. Klatka piersiowa, prawidłowo wysklepiona, nie okazuje żadnych zniekształceń, wypukleń, zaciągnięć ani też miejsc tętniących. Opukiwaniem z łatwością stwierdzić się daje przytłumienie z przodu od 3 żebra wdół, zlewające się ze stłumieniem serca, a od grzebienia łopatki wdół, z tyłu. Nieznaczne przytłumienie szczytów. Przysłuchem: szmery oddechowe nad przytłumieniem były znacznie osłabione, miejscami zniesione, w pasze lewej tylko wyraźnie zaostrzone z obecnością drobno- i średniobańkowych rzężeń wilgotnych. Przewodnictwo drżenia osłabione. Serce było wybitnie przesunięte na lewo, tak, iż uderzenie końca serca było widzialne i wyczuwalne w V międzyżebrzu przedniej linji pachowej. Tony serca były głuche, bez szmerów, z wyraźną akcentuacją II tonu nad aortą.

Narządy brzuszne, w tem wątroba i śledziona bez klinicznych zmian. Gruczoły, dostępne badaniu, nigdzie nie powiększone. Badanie odbytnicy wykazywało stosunki prawidłowe; wyczuć się tylko dało powiększony prawy płat gruczołu krokowego. — Mocz prawidłowy i kał również bez zmian. Z badań dodatkowych: plwocina śluzowo-ropna, pokryta żyłkami krwawemi, nie zawierała przy kilkakrotnem badaniu prątków Kocha — we krwi wybitna wtórna niedokrwistość: 58% Hb, leukocytoza 10.000, normalny stosunek ciałek białych w barwionym preparacie. Odczyn Wassermanna, wykonany nieco później, dał wynik dodatni.

Przy nakłuciu próbnem klatki piersiowej w obrębie przytłumienia wydobyto kilkanaście cm³ płynu surowiczo-włóknikowego o 2% zawartości białka, z obecnością ciałek białych wielojądrzastych, limfocytów, kilku komórek śródbłonkowych, przyczem płyn okazał się jałowym.

Badanie rentgenologiczne, dokonane kilkakrotnie w naszej pracowni (mjr. lek. Dr. Osiński), wykazywało (p. fig. 1): Zaciemnienie lewego płuca w całości, zaciemnienie i zaciągnięcie lewego szczytu, słabo powietrznego, na tle którego występują drobne, nieostre i nieregularne cienie. Serce ze słabo zarysowanemi konturami w pierwszem zdjęciu, gorzej w następnych, wyraźnie przesunięte na lewo wraz z tchawicą. Zatoki opłucnowe obustronnie wolne. W obrębie ściemnienia płucnego rentgenolog próbował rozeznać jakby cień wielkości jaja kurzego, leżący w linji sutkowej na wysokości drugiego i trzeciego międzyżebrza lewego.

Obraz powyższy rentgenologiczny wykazywał więc sprawę naciekowo-uciskową płatu górnego płuca lewego z wytworzeniem rozległych i silnych zrostów opłucnowych z przeciągnięciem serca i śródpiersia na lewo, oraz możliwą obecność guza nowotworowego. Przy prześwietleniach nie można było stwierdzić gdziekolwiek jakiegoś tętnienia owego podejrzanego o guz cienia.

Stan chorego w dalszym przebiegu uległ pewnej poprawie — wygląd polepszył się, waga zwiększyła się o 3 kg. Objawy chorobowe jednak nie zmieniały się. Ciepłota ciała od czasu do czasu podnosiła się do 38° przez kilka dni, rzadko do 38.5°.

Krwioplucie stale utrzymywało się jużto pod postacią plwociny śluzowo-ropnej z żyłkami krwi, już to pod postacią skrzepów krwawych galaretowatych, jakby malinowatych, w których kilkakrotnie znaleziono jakoby strzępki tkankowe. Strzępki te pod mikroskopem były złożone z licznych komórek nabłonka płaskiego, ułożonych brukowato, oraz z pojedynczych komórek pęcherzyków płucnych obładowanych barwikiem płucnym.

W moczu zaczęło się pojawiać sporadycznie białko z pojedynczemi wałeczkami szklistemi, które wreszcie po kilku tygodniach stale się utrzymywało w ilości 2‰ — przy utrzymanej jednak sprawności wydzielniczej nerek.

Objawy jednak fizykalne ze strony płuc i serca nie wykazywały postępów, w postaci rozpadu lub powstawania jam w płucach. Przytłumienie w klatce piersiowej w obrębie górnej części płatu lewego stale się utrzymywało — objawy ze strony serca pozostały te same bez zmian przysłuchowych.

Uwzględniając całość obrazu klinicznego wypadło zebrać przytoczone objawy w pewien zespół: u osobnika starego z oznakami miażdżycy ogólnej, jednak zawsze zdrowego, mającego w młodości przebyte zakażenia weneryczne, przyszło pod wpływem zaziębienia (jak to sam chory podawał) do wysiękowego zapalenia opłucnej, które pozostawiło rozległe zrosty opłucnowe w górnej części jamy opłucnowej.

Kilkotygodniowa gorączka z początkiem choroby, potem stany podgorączkowe, zagęszczenie naciekowo-włókniste miąższu płucnego w obrębie dolnej części lewego płatu górnego, stałe krwioplucie, dalej zmiany rentgenologiczne, mogły być wywołane przez przyczyny, z których 3 przedewszystkiem wchodziły na pierwszy plan.



Fig. 1.

a) Gruźlica — należy tu zauważyć, że nie daje ona zazwyczaj u osobników starych większych nacieków, dostępnych badaniu fizykalnemu, ze znanych przyczyn, jak obecność niewielkich, niespływających się ognisk chorobowych, dalej z powodu zmienionych warunków przez rozedmę płuc i zesztywnienie klatki piersiowej.

Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę najczęstszą postać gruźlicy, pochodzenia wnękowego i to najczęściej lewostronną, to jest ona, jak to powszechnie wiadomo, wtórną, wychodzącą z zakażonych dawniej gruczołów i rozpoczyna się albo formą serowatego zapalenia miąższu płucnego albo zlewającą się marskością miąższu płuc (Ulrici) i to najczęściej w lewym górnym płacie u jego podstawy (na co zwrócili uwagę jedni z pierwszych Straub i Otten, Matthes). Stąd pierwsze objawy kliniczne tej formy uzewnętrzniają się rzężeniami poniżej obojczyka lewego.

Czasem znów mogą być nacieki wychodzące z wnęki o silnym cieniu rentgenologicznym. Może to spowodować pomyłkę z guzem nowotworowym śródpiersia lub płuca (t. j. najczęściej z rakiem oskrzelowym, rozchodzącym się właśnie tego rodzaju naciekami), albo i tętniakiem aorty.

*) Pokaz na pos. Tow. Int. w Krakowie.

Matthes[1]) w swej diagnostyce różniczkowej przytacza przypadek ze swej praktyki, gdzie u 50-letniego mężczyzny z przebytą kiłą, ale ujemnym odczynem Wassermanna, przysłanego do niego z rozpoznaniem tętniaka aorty na podstawie kliszy rentgenologicznej — niegorączkującego, bez prątków Kocha w plwocinie, bez objawów fizykalnych w płucach, lecz mającego wygląd charłaczy i żalącego się na bóle w piersiach — rozpoznał po zrobieniu nowego zdjęcia guz śródpiersia względnie płuca, z powodu ostro ograniczonego cienia w prawej wnęce. W kilka miesięcy później jednak wystąpienie gorączki i obecność w plwocinie prątków Kocha wykazało właściwe tło tego cierpienia.

W naszym przypadku możnaby też myśleć o zmianach gruźliczych włóknisto-naciekowych lewego płuca, jednak stała nieobecność prątków w plwocinie przy możliwości istnienia jam, niestałe stany podgorączkowe, brak objawów postępowania sprawy — nie przemawiały za gruźlicą, nie wykluczając jej jednak w zupełności.

b) Kiła — mogłaby być drugą sprawą przyczynową. Miewamy tutaj często obrazy przewlekłych naciekowo-włóknistych schorzeń płuc w obrębie płatów górnych i to poniżej obojczyka, a czasem postać kilakową. Kliniczną naciekowo-włóknistą postać kiły cechuje skłonność do marskości i wytwarzania się rozstrzeni oskrzelowych. Postać zaś kilakowa przez środkowy rozpad kilaka, daje najczęściej krwotoki względnie krwioplucie.

Tej formie trzeciorzędnej kiły płuc towarzyszą zazwyczaj zmiany w innych narządach, najczęściej w krtani, co posiada naturalnie swą wagę rozpoznawczą.

Zresztą objawy kliniczne mogą być identyczne z gruźlicą tak samo jak i obraz rentgenologiczny.

Do rozpoznania kiły płuc należy zebrać szereg objawów: wywiady w kierunku zakażenia, dodatni odczyn Wa., zmiany swoiste w innych narządach np. w krtani, stałą nieobecność prątków Kocha w plwocinie, umiejscowienie zmian chorobowych w średnim lub dolnym płacie, co uważa za charakterystyczne Ortner i Staehelin, często brak gorączki.

Rozpatrując pod tym kątem widzenia obraz kliniczny naszego przypadku uderza nas analogja objawów kiły płuc: dodatni odcz. Wa., wywiady dość podkreślone, lekki niedowład prawej dolnej gałązki n. twarzowego, wreszcie zmiany fizykalne i rentgenologiczne płuc, brak prątków gruźliczych w plwocinie.

Jednak usadowienie się sprawy w górnym lewym płacie nie byłoby typowe.

Jakkolwiek tak daleko idące podobieństwo objawów pociągało do przyjęcia przyczynowego tła kiłowego, to należałoby być w swym sądzie ostrożnym, z uwagi na przypadek, również przytoczony przez Matthesa. U osobnika z kiłą w wywiadach oraz z zagęszczeniem szczytu prawego natury niegruźliczej rozpoznał Matthes kiłę płuc, okazało się później jednak, że był to przerzut mięsakowy.

c) Nowotwór — i taką możliwość należało uwzględnić.

Pierwotne guzy płuc, najczęściej raki oskrzelowe, rzadziej mięsaki, mogą też dawać obrazy naciekowo-włóknistego schorzenia miąższu płuc, wychodząc zazwyczaj z okolicy wnęki prawej. Klinicznie i rentgenologicznie mogą być bardzo podobne do gruźlicy lub kiły płuc.

Przypadek nasz ze swemi objawami fizykalnemi, podkreślając krwioplucie stałe, często z plwociną galaretowato-czerwona, powolny przebieg bez uwydatnienia charłactwa (co właśnie najczęściej się trafia przy raku oskrzelowym), dodatni wynik próby Botelho'a i twardy opór dla wprowadzonej igły przy nakłuciu (dokonanem później), mógł również być ujęty w ramy zespołu nowotworu płuca.

Różniczkując dalej na podstawie obrazu klinicznego i rentgenologicznego wypadało jeszcze wziąć pod uwagę możliwość przewlekłego włóknistego zapalenia płuc i opłucnej oraz promienicy płuc.

Tętniaka aorty, nie można było przypuszczać ze względu na brak charakterystycznego obrazu rentgenologicznego, w formie tętniącego guza, braku tętnienia gdziekolwiek na klatce piersiowej, braku objawów przysłuchowych ze strony serca.

Obejmując całość obrazu klinicznego z chwilą, gdy chory zmarł z powodu ostrej niedomogi serca, nie byliśmy w stanie powziąć pewnego rozpoznania klinicznego. Uwzględniając tylko wyżej przytoczone motywy przychyliliśmy się do przyjęcia na pierwszem miejscu nowotworu płucnego, a na drugiem sprawy kiłowej płuc — wykluczając gruźlicę i inne schorzenia.

Wynik sekcji (prof. Dr. Olbrycht) był dla nas niespodzianką. Wykazał on bowiem: na tle ogólnej daleko posuniętej miażdżycy, szczególniej aorty i nerek obecność wrzecionowatego tętniaka aorty wstępującej i zstępującej, oraz drugiego tętniaka aorty piersiowej, kształtu i wielkości jabłka; całość była jakby wmurowana w karnifikacyjnie zmieniony, prawdopodobnie po zapaleniu, górny lewy płat płuca, ugniecionego wskutek włóknikowo-ropnego zapalenia opłucnej.

Skrzętne i długotrwałe mikroskopowe badanie tkanki płucnej w pracowni prosektury wykazywało tylko zmiany naciekowe drobno-komórkowe, jednak bez obecności charakterystycznych dla kiły komórek olbrzymich.

Tak więc w przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z dwoma głównemi schorzeniami u osobnika z przebytą kiłą; z wysokiego stopnia miażdżycą układu naczyniowego z wytworzeniem tętniaków aorty i zmianami w nerkach, oraz ze stanem zejścia po zapaleniu płuc i opłucnej w formie rozległych zmian włóknisto-naciekowych, które niejako zagarnęły sobą tętnicę główną w całym jej przebiegu piersiowym i przeciągnęły na stronę lewą ze sercem.

To zamurowanie aorty nie dopuściło do wydobycia na jaw objawów klinicznych dla tętniaków aorty, i tak samo dla ich obrazu rentgenologicznego, co pociągnęło za sobą fakt niedomyślania się istnienia tętniaków.

Ortner[2]) w swej symptomatologji klinicznej chorób wewnętrznych podkreśla trudności rozpoznawcze między tętniakiem aorty piersiowej a guzem śródpiersia. Zwiększają się one — gdy brak tętnienia, nawet w obrazie rentgenologicznym. Dwie są najczęściej tego przyczyny, albo wytworzenie się skrzepów w tętniaku, albo otoczenie tętniaka przez zrostową tkankę włóknistą pozapalną, np. we włóknistych zapaleniach śródpiersia na tle kiłowem — *mediastinitis fibrosa luetica*.

Rozpoznanie takiego zapalenia śródpiersia obok tętniaka należy zdaniem Ortnera do najtrudniejszych bez radiografii. Nasz przypadek zaś dowodzi, że i z pomocą Roentgena też tego uzyskać nie można, szczególniej, gdy niema objawów zajęcia śródpiersia.

Ortner przytacza dwa przypadki, gdzie wyłoniły się podobne trudności rozpoznawcze. W pierwszym przypadku zrostowego zapalenia opłucnej nad prawym górnym płatem, w połączeniu z *mediastinitis luetica*, były objawy przytłumienia i tętnienia nad górną częścią mostka, obrzmienie zagłębienia nadobojczykowego lewego, rozszerzenie obu żył szyjnych, twarz nalana, dodatni objaw Cardarelli'ego, oraz we krwi dodatni odczyn Wa.; w drugim przypadku u 41-letniego mężczyzny z niekiłowem zapaleniem śródpiersia były trudności w połykaniu, zwężenie lewego oskrzela z porażeniem *nn. recurrens, vagus* i *phrenicus*, rozszerzeniem na prawo aorty, lecz bez wyraźnego tętnienia, odczyn Wa dodatni. Sekcja wykazała tętniak aorty piersiowej (przypuszczany przez Ortnera), ale obok niego obustronne zrosty opłucnowe, zwapniałe gruczoły lewej wnęki, wrośnięte w pakiet łącznotkankowy.

Przypadek II. Promienica płuc.

Oficer-emeryt, lat 52 liczący (Nr. prot. Szpit. 3737/26), zawsze zdrów, w dzieciństwie dur brzuszny i płonica. Przed 30 laty wybił mu koń 3 zęby — wówczas miały mu wychodzić kawałeczki kości z ropiejących dziąseł. Wogóle często chorował na zęby i zapalenia okostnej.

Obecną chorobę odnosi do przebytej grypy w zimie 1924/5 r. powikłanej zapaleniem opłucnej, po której stale utrzymuje się stan podgorączkowy. We wrześniu 1925 z powodu pogorszenia i zaostrzenia sprawy opłucnowej leczył się w Zakopanem kilka tygodni z dobrym skutkiem. W marcu 1926 przebył 3 tygodniowy napad bólów w okolicy ślepej kiszki z wysoką gorączką. Od kwietnia 1926 odczuwa stały ból pod łopatką prawą.

W dniu przyjęcia do szpitala (12. VI. 1926) był stan następujący: osobnik dobrze zbudowany, dobrze odżywiony o bladej skórze. Ciepłota 37.6°. Tętno 84. Znaczne braki w uzębieniu, poprawione protezą. Na skórze twarzy, szyi oraz błonie śluzowej usta i dziąseł brak blizn lub przetok. Na klatce piersiowej z tyłu, poniżej dolnego kąta łopatki prawej, nad 3 żebrami dolnemi zaznaczone obrzmienie ciastowate, wielkości dłoni, tkliwe z wyrównanemi przestrzeniami międzyżebrowemi, — żebra dotykowo bez zmian, również skóra wszędzie prawidłowa. Wypukowo nad dolną prawą stroną klatki piersiowej przytłumienie szerokości dłoni z nieruchomemi granicami płuc, osłabieniem szmerów oddechowych i drżenia, zaostrzeniem szmerów oddechowych nad prawą wnęką i skąpemi rzężeniami poniżej łopatki.

Serce leżące, powiększone, o głuchych tonach. Wątroba nieco większa, tkliwa, o ostrym brzegu. Brzuch o grubej podściółce tłuszczowej, wypukły, niebolesny. Obrzęków brak. Mocz bez

[1]) Matthes: Differentialdiagnose, 1921. Str. 151—247.

[2]) Ortner N.: Klin. Symptomatologie. III B. 1925. Str. 343.

zmian. W plwocinie śluzowo-ropnej brak patologicznych składników. Kał prawidłowy.

Badanie krwi wykazywało zwiększoną ilość ciałek białych (12,200), o stosunku ich wzajemnym prawidłowym.

Obraz powyższy naprowadzał na myśl o gruźliczym procesie włóknistym opłucny z zajęciem wnęki prawej, z podejrzeniem na ropień opadowy. Nakłucie próbne okolicy naciekłego miejsca nie dało żadnej treści prócz kilku kropli krwi, przyczem igła natrafiała na twardy opór. Ponieważ chory za żadną cenę nie chciał się zgodzić na zabieg operacyjny, poddano go chwilowo naświetlaniom lampą kwarcową, które po kilku naświetlaniach sprowadziło szybkie i dość znaczne powiększenie się owego obrzmienia pod prawą łopatką. W kilka dni później nakłuto powtórnie owo obrzmienie, lecz bez skutku.

Dwukrotnie wykonane zdjęcie rentgenologiczne znów dawało obraz przewlekłych zmian naciekowo-włóknistych miąższu płuca w jego wnęce prawej, oraz grube zrosty opłucnowe (fig. 2.).



Fig. 2.

Twardy opór przy nakłuciach wielokrotnych i wydobycie tylko kilku kropli krwi nie godziło się z przyjęciem ropnia gruźliczego (lub innego), a nasuwało podejrzenie na obecność guza *(endothelioma)*, czemu i Roentgen nie przeczył.

Narada z chirurgami nie wyjaśniła sprzeczności — możliwości promienicy opłucnej nie brano pod uwagę, z powodu braku jakiejkolwiek zewnętrznej przetoki, tak na klatce piersiowej, jak i w okolicy twarzy, względnie z jamy ust, gdzie nic podejrzanego na błonie śluzowej nie stwierdzono. Tak samo i badanie mikroskopowe plwociny barwionej było ujemne. Nakłuciem nacieku stwierdzono tylko krew czystą, to samo i pod mikroskopem.

Z trudem udało się namówić chorego na zabieg operacyjny, którego dokonał prof. Dr. Rutkowski i ppłk. Dr. Rec, w uśpieniu eterowem (dnia 15. VII. 1926).

Przy pierwszem szeroko poprowadzonem cięciu przez owo obrzmienie pokazały się w nacieczonej tkance podskórnej trzy drobne, wielkości grochu, jakby ropnie, daleko od siebie położone o wodnisto-żółtawej treści, co wywołało uwagę operującego: promienica, chociaż w tej treści ropiastej brak było grudek ziarnistych. Przy zabiegu usunięto 3 dolne żebra (9, 10, 11) — do głębi jamy opłucnowej poprzez grube zrosty nie sięgano i przerwano dalszy zabieg.

Wycięte żebra i części podejrzanych tkanek oddano do badania mikroskopowego, które przeprowadzone w pracowni histologicznej prosektury (Prof. Dr. Olbrycht) nie dało początkowo wyniku (poza stwierdzeniem komórek plazmatycznych, nabłonkowatych, limfocytów i nielicznych komórek olbrzymich, jako wyrazu procesu zapalnego), aż dopiero po dwutygodniowem badaniu i przeglądnięciu setek skrawków udało się w jednym skrawku znaleść typowe dla promienicy gniazdo grzybni. Z dalszego przebiegu oraz zastosowanego leczenia zaznaczyć wypada w krótkości:

Pojawianie się w okolicy lędźwiowej prawej, na skórze poniżej rany, stale czystej, mało ropiejącej, ale niegojącej się, przetoki, oraz posuwanie się sprawy chorobowej w tylnej ścianie lędźwiowej, co wkońcu sprowadziło obrzęk prawej dolnej kończyny w całej rozciągłości z powodu zakrzepu żylnego. Stan ogólny coraz bardziej się pogarszał z powodu postępującego charłactwa przy stale utrzymującym się stanie podgorączkowym, aż do chwili wystąpienia niedomogi serca, która ostatecznie położyła kres cierpieniom chorego (9. III. 1927).

W końcu podkreślić wypada, iż wielokrotne mozolne badania (prof. Dr. Gieszczykiewicz) ropy z przetok i rany, następnie plwociny, kału, oraz moczu w kierunku grzybków promienicy zawsze dawało wynik ujemny, a wśród kilkomiesięcznej obserwacji nigdy nie udało się zauważyć owych typowych ziarenek promieniczych czy to w ropie wodnisto-żółtawej z rany, czy z przetok wydobytych. Poszukiwanie grzybni miało na celu uzyskanie czystej hodowli promienicy celem otrzymania szczepionki swoistej, o której skuteczności w przypadkach promienicy twarzy, szyi wspomina Collebrook (Lancet Nr. 5096 według ref. z Presse médicale 1921, Nr. 55). Ze środków leczniczych stosowano 4-krotnie w odstępach kilkotygodniowych głębokie naświetlanie promieniami Roentgena, podawano okresami duże dawki do wewnątrz jodku potasu (5—8 g dziennie), który jednak chory bardzo źle znosił. Dalej zastrzykiwano 0,6% rozczyn siarczanu miedziowego, równocześnie z okładami. Leczenie to jednak, a także i rentgenoterapja, nie dało żadnych wyników.

I w tym przypadku trudności rozpoznawcze były znaczne. Obraz kliniczny wraz z przebiegiem nadzwyczaj podobny do obrazu gruźlicy płucno-opłucnowej, brak wszelkich ropiejących przetok, tak charakterystycznych dla promienicy, nieobecność w plwocinie patologicznych składników (prątków Kocha i podejrzanych grzybni), mało charakterystyczny obraz rentgenologiczny uniemożliwiały właściwe rozpoznanie aż do zabiegu chirurgicznego.

Przypadek nasz należał do klinicznej postaci opłucnowo-płucnej promienicy, dość rzadko spotykanej w piśmiennictwie lekarskiem. W naszej literaturze tylko Sokołowski Alfred (Wykłady kliniczne 1903), wspominając przypadki Barącza, Jankowskiego i t. d. opisuje trzy przypadki promienicy płuc i opłucnej, jeden wyleczony, dwa śmiertelne, w których powołując się na podobieństwo obrazu do gruźlicy, z ogromną trudnością i pod koniec dopiero cierpienia udało się wykazać mikroskopowo w cuchnącej plwocinie obecność grzybni promienicy, przyczem nakłucia klatki piersiowej w okolicy obrzęku poniżej łopatki i w miejscu przytłumienia odgłosu tylko w jednym przypadku wydobyły ropę żółto-zielonawą, zawierającą ziarnka promienicze.

Wspomnieć tu jeszcze wypada o przypadku Barącza z kliniki prof. Rencki ego we Lwowie (opis. w sprawozdaniu z posiedzenia Lw. Tow. lek., Pol. Gaz. Lek. 1927, str. 568), gdzie na tle promienicy niewątpliwie stwierdzonej badaniem plwociny w szczycie płuca lewego rozwinął się rak płuca — jestto przykład rzadkiej kombinacji dwu schorzeń różnych w tym samym narządzie.

W piśmiennictwie niemieckiem, za ostatnie 5 lat, o ile mi było dostępnem, znachodzą się opisy przypadków następujących: promienicy ściany klatki piersiowej u 40-letn. mężczyzny z dodatnim wynikiem na obecność grzybni w plwocinie i płynie z nakłucia, przedstawionym przez Volharda (ref. Kl. W. 1924. Nr. 2. str. 53.). — przypadek Glasera nacieku guzowatego ściany klatki piersiowej na tle promienicy (ref. Kl. W. 1928. Nr. 29. str. 1395). — dwa przypadki Kocha Waltera promienicy płuc (ref. Kl. W. 1928. Nr. 10. str. 433). — przypadek Opitza, ropnego wysięku opłucnowego (ref. Kl. W. 1927. Nr. 51. str. 2451), wreszcie dokładnie opisanego przypadku Schlappera (Münch. Med. Woch. Nr. 25, z r. 1925) z objawami najpierw wysiękowego, opłucnego zapalenia, po którem rozwinął się duży guz żebrowy wielkości pięści. Poddano go zabiegowi operacyjnemu z usunięciem 2 żeber. Przypadek był leczony jako gruźlica w sanatorjum. W piśmiennictwie francuskiem opisał Sartory A. i R. (Presse méd. 83. 1925, ref. z posiedzeń Akademji lekarskiej) 2 przypadki promienicy płuc z obecnością grzybków w plwocinie, z tych jeden leczony skutecznie jodkiem potasu i lipjodolem; były to jednak prawdopodobnie przypadki drugiej postaci klinicznej oskrzelowo-płucnej z wytworzeniem się rozstrzeni oskrzelowych.

Interesujące są wyniki lecznicze szczepionkowe, uzyskane przez Colebrooka (cyt. wyżej), który nie uzyskawszy żadnego wyniku po jodku potasu, wypracował metodę szczepionkową. Jednak z 8 jego przypadków promienicy klatki piersiowej 7 skończyło się śmiertelnie a tylko przypadki promienicy szyi i twarzy w 90% zostały wyleczone.

Colebrook rozróżnia pod względem etjologicznym dwa rodzaje grzybków promienicy: tlenowe, łatwo rosnące i beztlenowe, trudno rosnące (według Wolff-Israela), które naj-

częściej są spotykane u człowieka. Grzybki promienicy uważa Colebrook za saprofity jamy ustnej, gnieżdżące się w zębach zepsutych i na migdałkach i następnie wśród dogodnych warunków powodujące zakażenie dróg oddechowych wzgl. dróg pokarmowych. Pogląd ten wskazywałby na sposób zakażenia u naszego chorego.

Rokowanie ogólne promienicy płuc jest niepomyślne, a według statystyki, ogłoszonej przez Laederich'a (w Traite de Médécine Teissier-Widal-Roger), obejmującej 149 przypadków, śmiertelność wynosiła do 87%.

III. Przypadek. Rak pierwotny płuca.

Pułkownik lekarz Dr. K. A. lat 53 liczący, nieżonaty. Chorób żadnych nie przebywał, w ostatnich dwu latach napady bólów w podżebrzu prawem, uważane jako kolki wątrobowe. Choroba obecna rozpoczęła się przed 3-ma miesiącami przeziębieniem i gorączką kilkodniową, po której pozostały silne bóle gośćcowe w stawie barkowym lewym. Z porady lekarskiej zastrzyknięto śródmięśniowo 2 razy *Caseosan*, po którym to środku wystąpił silny odczyn gorączkowy oraz krwioplucie. Stan w dniu przyjęcia do szpitala 31. III. 1927: skargi na kaszel, dość silną duszność, bóle w prawej stronie klatki piersiowej, ogólne osłabienie oraz bezsenność. Temp. 37.6°, tętno miarowe 76. Budowa ciała dobra, odżywienie dobre. Klatka piersiowa bez widocznych zmian, przy oddechaniu prawa strona nieco wolniej się porusza. Przytłumienie nieznaczne nad lewym szczytem, nad prawym płatem górnym wyraźne z przodu do 3 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Przysłuchem nad prawym szczytem szmery oddechowe zaostrzone pokryte licznemi świstami i furczeniami. W płucach poza tem liczne świsty i furczenia. Granice obustronnie poruszalne, nieco niżej ustawione. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Serce wypukowo powiększone, uderzenie końca niewyczuwalne, tony głuche. Brzuch prawidłowy, niebolesny. Badanie odbytnicy bez zmian. Wątroba, śledziona bez zmian. Mocz prawidłowy. Plwocina śluzowa ze śladem domieszki krwi nie zawiera prątków Kocha. Ilość krwinek 5.000.000, Hb 70%, białych ciałek 6900, w preparacie barwionym przewaga limfocytów. Opadanie krwinek wybitnie wzmożone, (po 30 minutach 30 m/m, po 60 61 m/m). Prześwietlenie i zdjęcie rentgenologiczne (mjr. lek. Dr. Smoleński) wykazało rozległe, niezbyt wysycone, prawie jednolite zaciemnienie pola prawego płuca. Przepona słabiej poruszalna po prawej stronie. Kąt przeponowy prawy otwiera się słabiej. Prawa granica serca zlewa się z cieniem płuca.

Obserwacja kliniczna szła w kierunku podejrzenia na nowotwór pierwotny płuc, względnie naciekową formę gruźlicy płuc.

Z przebiegu chorobowego należy zanotować następujące szczegóły: stałe niewielkie podniesienie ciepłoty utrzymujące się z przerwami, odpluwanie krwią, pomieszaną z plwociną śluzową gęstą, nad płucem prawem stale utrzymujące się objawy nieżytu oskrzeli, z trzeszczeniami niedomogowemi nad dolnym prawym płatem płuc. Okresowo występująca duszność napadowa, szczególniej w nocy, lub po wysiłkach fizycznych (przechadzka i t. d.). Stan ogólny jednak dobry, z pewną skłonnością do poprawy, przybytek na wadze pół kg. Stłumienie nad prawem płucem przybierało na nasileniu.

Badanie mikroskopowe plwociny ujawniło dwa razy obecność komórek płaskich nabłonkowych o 2 jądrach, jednak niecharakterystycznych i luźnie stojących.

W 4 tygodnie po przyjęciu do szpitala wystąpił silny wysięk opłucnowy prawostronny tak, że przy opukiwaniu cała prawa strona klatki piersiowej okazywała przytłumienie. Duszność się zwiększyła, osłabienie coraz wybitniejsze, wybitne podniesienie ciepłoty do 37.8°. Nakłuciem jamy opłucnowej wydobyto około 1500 cm³ płynu żółtozabarwionego, nieco mętnego o zawartości białka 3.2‰, z dodatnim odczynem Rivalty. W osadzie stwierdzono obecność licznych leukocytów, nabłonków płaskich, oraz pojedyńczych komórek o dużem jądrze, podejrzanych o charakter nowotworowy. Skupień jednak tego rodzaju komórek nie stwierdzono.

Na podstawie dotychczasowego przebiegu, dalej zmian fizykalnych w postaci przytłumienia, krwioplucia czystą krwią z plwociną gęstą, ciągnącą się, śluzową, obecności podejrzanych komórek w płynie opłucnowym, napadów charakterystycznych duszności, rozpoznano nowotwór płuca i to rak oskrzelowy, jako najczęstsze nowotworowe schorzenie płuc. Stan chorego w dalszym ciągu pogarszał się, zaczęły występować zapady oraz silne duszności, uporczywy kaszel. Wśród zapadu nastąpiło zejście śmiertelne dnia 6. VI. 1927 r.

Przeprowadzony rozbiór zwłok (Prof. Dr. Olbrycht) potwierdził rozpoznanie kliniczne wykazując: *Carcinoma medullare lobi sup. pulm. dextri subsequente pleuritide et pericarditide carcinomatosa fibrino-haemorrhagica. Noduli carcinomatosi lymphoglandularum.*

Przypadek powyższy obserwowany prawie od początku złośliwego i szybko przebiegającego schorzenia, należy do pierwotnych oskrzelowych raków płuca, o utkaniu rdzeniastem (rzadszem), występującym w formie naciekowej z objawami klinicznemi rozsianego nieżytu oskrzelowego i zagęszczeniem rozlanem płatu prawego płuca. Jest to drugi przypadek pierwotnego raka płuc, spostrzeżony na naszym oddziele, ale różny w swym obrazie klinicznym. Pierwszy należał do rodzaju guzowatych (ogłoszony w Pol. Gaz. Lek. 1925. Nr. 27).

IV. Przypadek dobrotliwego nowotworu płuc.

X. Y. lat 38 liczący, rolnik, inwalida 40% z wojny światowej. Wywiady: nigdy nie chorował do czasu wybuchu wojny światowej. W r. 1914 przysypany ziemią z powodu wybuchu granatu, skutkiem czego doznał zgniecenia klatki piersiowej po stronie prawej. Poddany leczeniu w szpitalach wojskowych z dobrym skutkiem tak, że w r. 1917 po wyleczeniu został odesłany do macierzystego oddziału, celem odejścia na front. Przy ćwiczeniach fizycznych pokazało się krwioplucie. Badany ponownie w szpitalu zostaje jako inwalida zwolniony z wojska z powodu stwierdzenia u niego zrostów opłucnowych prawostronnych.

W r. 1925 zauważył bóle tępe w prawej stronie klatki piersiowej, szczególniej po pracy, oraz nieregularne krwioplucie, czasem gorączkę.

Stan obecny w dniu 10 listopada 1925: Dobrze zbudowany i dobrze odżywiony osobnik, nieco blady. Ciepłota 36.6°, tętno 72. Klatka piersiowa oglądaniem i obmacywaniem prawidłowa. Przy oddechaniu głębokiem zauważyć się daje tylko zaciąganie w 10. międzyżebrzu w linji pachowej tylnej. Wypukiem stwierdza się od kąta łopatki ku dołowi między kręgosłupem a tylną pachową linją stłumienie wypuku z osłabieniem szmerów oddechowych i drżenia głosowego. Granica prawa dolna (XII żebra) prawie nieporuszalna. Zresztą w płucach stosunki prawidłowe. W innych narządach brak zmian. Mocz bez białka i cukru. Plwocina prawidłowa, skąpa bez zmian. Obraz krwi prawidłowy (Hb 90%, c. cz. 4,100.000, c. b. 8800, stosunek c. b. neutrof. 57%, L. 34%, E. 5%. Odczyn opadania krwi prawidłowy, próba Wa. ujemna.

Kilkakrotne próby nakłucia w miejscu stłumienia dokonane w różnych miesiącach (chorego mamy stale w obserwacji ambulat.) natrafiają stale na twardy opór i nie ujawniają żadnego płynu. Odczynu serologicznego na bąblowca nie można było wykonać z powodu braku wywoływacza.



Fig. 3.

Prześwietlenie i zdjęcie rentgenologiczne (fig. 3) ujawniło ciekawy obraz: okrągłe zaciemnienie o ostrym kolistym konturze o średnicy około 14 cm, a grubości w bocznem oświetleniu 2—3 cm, w obrębie pola dolnego prawego płatu płuca, przylegające do ściany tylnej klatki piersiowej. W prawej zatoce opłucnowo-przeponowej, na ogół wolnej, widać jednak lekkie zaciemnienie pochodzące od zrostów opłucnowych.

Całość obrazu klinicznego oraz wynik dodatkowych badań, wygląd rentgenologiczny nasuwa tylko rozpoznanie guza nowotworowego dobrotliwej natury *(torbiel dermoidalna, chondrofibroma)*. Przemawia za tem niezmienienie się jego wyglądu i charakteru przez 2-letni okres czasu obserwacji, dalej brak wpływu na stan ogólny chorego, oraz brak wybitnej eozynofilji w obrazie krwi. Ostry kolisty kontur, odgraniczony od dołu wyraźnie

nie przemawia też za charakterem guzowatej postaci zrostów opłucnowych po zapaleniu wysiękowem.

Podobne, wcale rzadkie przypadki, interesują najwięcej rentgenologów — i tak Hesse O. cytuje przypadek okrągłego guza wielkości jabłka w prawej połowie klatki piersiowej, który na stole operacyjnym okazał się chrzęstniakiem, a Naegeli (1918) opisał torbiel dermoidalną tej samej okolicy, usuniętej drogą operacyjną. (cyt. według Zienböck-Weissa: Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. XI. S. 389).

———

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

A. SOKOŁOWSKI. Kraków.

Przypadek przewrażliwości względem atofanu.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Dr. T. Tempka.

Niektóre leki obok swego zwykłego działania wywołują, jak wiadomo, w pewnej ilości przypadków objawy zbliżone do tych, które widzimy przy wstrząsie anafilaktycznym. Spostrzeżenie to dało podstawę do stworzenia pojęcia idiosynkrazji, przez którą rozumiemy stan nadmiernej wrażliwości ustroju wobec pewnych ciał wyrażającej się zmienionem oddziaływaniem na te ciała, przyczem objawy wywołane w tych przypadkach nie zależą w zupełności ani od chemicznych własności danego ciała, ani nie przypominają w niczem jego fizjologicznego sposobu działania. Zagadnienie istoty przewrażliwości na leki jest dotychczas nierozstrzygnięte. Nie wchodząc w szczegóły można stwierdzić, że ogół badaczy utożsamia obecnie to pojęcie z anafilaksją właściwa, opierając się na całym szeregu wspólnych cech, jak wspólność objawów, swoistość ciała wywołującego odczyn, niezależność odczynu od własności chemicznych i farmakodynamicznych odnośnego ciała, a wreszcie możność przeniesienia stanu przewrażliwości drogą surowicy krwi z osobnika chorego na zdrowego zarówno w jednym jak i drugim wypadku. W związku z tem pozostaje ciekawe doświadczenie Prausnitza i Küstnera, którzy przenosili stan przewrażliwości przez wstrzyknięcie doskórne 0,1 cm^3 surowicy osobnika przewrażliwego osobnikowi prawidłowemu. Jeżeli po upływie 2 godzin w miejscu zastrzyku wstrzyknięto małą ilość odnośnego wywoływacza powstawał bąbel zapalny, który nie występował po wstrzyknięciu wywoływacza w innem miejscu. Okazało się, że podobnie jak przy anafilaksji, do wystąpienia odczynu niezbędnym jest odpowiedni odstęp czasu między wstrzyknięciem surowicy i wywoływacza, w ciągu którego przeciwciała wiążą się z tkankami ustroju do którego zostały wprowadzone. Ważną również cechą wspólną idiosynkrazji i anafilaksji jest możność odczulania ustroju przez podawanie danego ciała w odpowiednich dawkach i przez odpowiedni okres czasu. Pogląd, jakoby przewrażliwość była cechą wrodzoną nie da się w całej rozciągłości utrzymać, zwłaszcza, że nigdy nie można z całą pewnością wykluczyć możliwości zetknięcia się i uczulenia ustroju na dane ciało w ubiegłym czasie. Stwierdzonem natomiast jest, że w wielu przypadkach przewrażliwość wobec takich ciał jak ipekakuana, aspiryna, chinina, arsen, wystąpiła dopiero po dłuższym okresie stykania się z temi ciałami.

Przypadki przewrażliwości na leki nie należą do zbyt częstych jeżeli uwzględnimy znaczne rozpowszechnienie stosowania odnośnych ciał. Objawy, które przy tem występują są bardzo rozmaite. Obok objawów przyrody wstrząsu jak pokrzywka, świąd skóry, obrzęki angioneurotyczne, dychawica i zapad, występują często objawy izotoksyczne, jak zaburzenia wzrokowe, słuchowe i krwiomocz po chininie, objawy choroby Basedowa po jodzie, żółtaczka po antypirynie.

W piśmiennictwie znalazłem opisanych 13 przypadków przewrażliwości wobec atofanu, przyczem do najczęstszych objawów należały angioneurotyczny obrzęk powiek i zaburzenia żołądkowo-jelitowe. W 3-ch przypadkach wystąpił zapad (Schilling1). Schwann2), w jednym przypadku rozsiana pokrzywka (Mendel5) i w 3-ch przypadkach gorączka do 39° C (Schilling, Müller6)). Zaznaczam, że przypadków przewlekłego zatrucia atofanem pod postacią żółtaczki lub ostrego żółtego zaniku wątroby w następstwie uszkodzenia tego narządu nie uwzględniłem w tem zestawieniu, gdyż nie pozostają one w związku z przewrażliwością we właściwem tego słowa znaczeniu.

Przypadek spostrzegany w naszej klinice dotyczy chorej Z. F. lat 30, żony kupca, L. dz. oddz. 596/30, która zgłosiła się dnia 17. X. 1930 ze skargami na obrzęki i bóle w stawach skokowym lewym i łokciowym prawym, dreszcze, gorączkę i ból głowy. Choroba rozpoczęła się trzy tygodnie przed przybyciem chorej do kliniki gorączką do 39° C i bólami w stawie skokowym lewym. Po upływie 2 tygodni, w ciągu których chora nie zażywała żadnych leków, obrzęk i ból w tym stawie zmniejszyły się, natomiast pojawił się obrzęk i ból w okolicy stawu łokciowego prawego. Przed 5 laty cierpiała już raz na podobne bóle w stawie łokciowym prawym, bóle te jednakże były znacznie słabsze i ustąpiły po paru dniach po zastosowaniu ciepłych okładów. Poza tem nie chorowała. Pierwsza miesiączka w 14-tym roku życia, od tego czasu chora miesiączkowała prawidłowo aż do pierwszej ciąży w 28 roku życia. Po przebyciu ciąży i po prawidłowym porodzie w grudniu 1929 miesiączki nie powróciły, gdyż chora zaszła powtórnie w ciążę, którą przerwano skrobanką w lipcu 1930 r. Od tego czasu miewa miesiączki w odstępach 6-cio tygodniowych, dość obfite, niebolesne. Rodzice nie żyją, zmarli ze starości, chorób żadnych, o ile chora pamięta, nie przechodzili; brat, mąż i dziecko zdrowi; warunki życia chorej dość dobre.

Badanie przedmiotowe w dniu przybycia chorej wykazało:

Kobieta średniego wzrostu, budowa prawidłowa, ciepłota 38.6° C, tętno 100 na min., skóra prawidłowo zabarwiona, odżywienie dość dobre, gruczoły chłonne nie powiększone, płuca, serce, jama ustna w szczególności migdałki, jama brzuszna i układ nerwowy bez zmian chorobowych. W okolicy stawu łokciowego prawego silny obrzęk, zaczerwienienie i bolesność uciskowa nasilająca się przy ruchach czynnych i biernych. Staw skokowy lewy również obrzękły i bolesny, ale w stopniu znacznie mniejszym niż staw łokciowy. Z badań dodatkowych badanie moczu nie wykazało składników chorobowych. Badanie krwi: leukocytoza 8.200, ciałek czerwonych 4.450.000, hemoglobina 86%, wskaźnik Hb 0.97; obraz ciałek czerwonych prawidłowy; odsetkowy stosunek ciałek białych: obojętnochłonnych wielojądrzastych 61%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 3%, limfocytów 31%, monocytów 3%, kwasochłonnych 3%. Parcie krwi 110/70 RR.; odczyn Wa ujemny. U chorej rozpoznaliśmy *polyarthritis rheumatica acuta* i podaliśmy pod wieczór pierwszego dnia jednorazowo 10 g salicylanu sodowego z dodatkiem 20 g dwuwęglanu sodowego w szklance wody. Chora zniosła tą dużą dawkę zupełnie dobrze, bez ubocznych dolegliwości poza lekkim szumem w uszach. 18. X. rano stwierdzono zmniejszenie się obrzęku i bolesności zajętych stawów przy ciepł. 38.6° C. Po jednodniowej przerwie w podawaniu leków rozpoczęto 19. X. leczenie mniejszemi dawkami stosując trzy razy dziennie mieszankę złożoną z 1 g salicylanu sodowego, 0.5 g atofanu i 2 g dwuwęglanu sodowego. Dolegliwości chorej zmniejszały się stopniowo tak, że w 4-ym dniu podawania tej mieszanki t. j. 22. X. ciepłota przez cały dzień była prawidłową, dolegliwości zmniejszyły się, utrzymywała się jednak stale wyraźna bolesność uciskowa i obrzęk stawu łokciowego prawego. 26. X. t. j. w 8-ym dniu podawania mieszanki salicylanu z atofanem ciepłota ciała podniosła się rano do 38.2° C, wieczorem do 38.5° C, następnego zaś dnia t. j. 27. X. wieczorem do 40° C. Chora przytem czuła się naogół dobrze i o żadnych nowych dolegliwościach nie wspominała. Zwłaszcza nie zauważyliśmy żadnego zaostrzenia się objawów stawowych. Wykonano badanie bakterjologiczne krwi pobranej w okresie najwyższej ciepłoty, badanie to jednak dało wynik ujemny. Badanie morfotyczne krwi podobnie jak poprzednio nie wykazało nieprawidłowości. 28. X. ciepłota ciała prawidłowa, w następnym dniu jednak podniosła się ponownie do 38° C a przytem na lewej dłoni wystąpiła pokrzywka i swędzenie skóry na całem ciele, najsilniejsze w miejscu zajętem pokrzywką. Po stwierdzeniu tych zmian cofnięto bezwłocznie mieszankę atofanową i podano chorej doustnie chlorek wapnia w ilości 5 g dziennie w roztworze wody i trzy razy dziennie 0.05 g efetoniny. 4. XI. t. j. po upływie trzech dni, w ciągu których ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych, pokrzywka cofnęła się, a chora czuła się dość dobrze, cofnięto chlorek wapnia i efetoninę i podano ponownie mieszankę atofanową w dawkach poprzednich. Chora przyjęła lek niechętnie i zażyła tylko jeden proszek w południe. Po upływie dwóch godzin od zażycia leku wystąpiło silne mrowienie i swędzenie w kończynach, najsilniejsze na lewej dłoni, ciepłota ciała podniosła się do 39°. Następnego dnia stwierdzono na lewej dłoni w tem samem miejscu co poprzednio świeże wykwity pokrzywkowe. Wstrzymano więc dalsze podawanie atofanu i podano ponownie chlorek wapnia i efetoninę. Przez następne sześć dni chora pozostawała bez żadnych leków i czuła się zupełnie dobrze, dolegliwości stawowe cofnęły się znacznie, ciepłota ciała stale prawidłowa, dokuczało chorej jedynie łuszczenie się skóry na lewej dłoni, po którem pozostały w tem miejscu brunatne plamy. 11. XI. wstrzyknięto chorej doskórnie na prawem przedramieniu 1/4 cm^3 atofanylu czyli 0.025 g atofanu. Taką samą dawkę atofanylu wstrzyknięto doskórnie innej chorej jako badanie

kontrolne. W 3 godziny po zastrzyku chora badana doznała mrowienia w kończynach i silnego swędzenia w całem ciele, przedmiotowo zaś jedynie w miejscu wstrzyknięcia można było zauważyć nieznaczny obrzęk i zaczerwienienie wielkości dwuzłotówki. W przypadku kontrolnym wystąpiły objawy miejscowe podobne jak u chorej badanej, podmiotowo bez zmian. Po 2-ch godzinach u chorej badanej swędzenie i mrowienie ustąpiło, następnego dnia zaś można było stwierdzić w okolicy zastrzyku pasmowate zaczerwienienie długości około 15 cm o typie pokrzywkowym, w przeciwieństwie do chorej kontrolnej, u której w tym samym czasie nie stwierdziliśmy żadnych zmian na skórze. Zaczerwienienie to utrzymywało się przez kilka dni, poczem stopniowo ustąpiło pozostawiając po sobie sinawą później brunatnawą smugę. 12. XI. wstrzyknięto chorej doskórnie na lewym ramieniu 1/4 cm^3 20% roztworu wodnego salicylanu sodowego t. j. taką samą ilość jaka zawarta jest w 1/4 cm^3 atofanylu. Zastrzyk taki wykonano również u chorej kontrolnej. W obu przypadkach ani bezpośrednio po zastrzyku ani później nie stwierdzono jakichkolwiek objawów przedmiotowych czy podmiotowych. 14. XI. wstrzyknięto chorej 1/8 cm^3 atofanylu doskórnie czyli 0.0125 atofanu. W godzinę po zastrzyku chora doznała, podobnie jak za pierwszym razem, uczucia mrowienia w kończynach bez towarzyszącego poprzednio swędzenia. Mrowienie to po kilkunastu minutach ustąpiło. Następnego dnia rano stwierdzono w okolicy zastrzyku dwa wykwity pokrzywkowe wielkości około pięciogroszówki w odległości kilku centymetrów od siebie. Ponieważ chora w następnym dniu opuściła klinikę więc nie mogliśmy wykonywać dalszych badań. Na podstawie jednakże zebranych spostrzeżeń możemy rozpoznać u tej chorej przewrażliwość względem atofanu, którą cechuje szereg ważnych szczegółów. Na pierwszem miejscu zwrócić należy uwagę na tą okoliczność, że po raz pierwszy objawy przewrażliwości nie wystąpiły odrazu po pierwszej dawce, lecz dopiero po 7-miu dniach podawania atofanu w dawkach po 1.5 g dziennie czyli po pobraniu z górą 10 g tego leku, podczas gdy przy podobnem podaniu atofanu już w parę godzin po pierwszej dawce wystąpiły wybitne objawy przewrażliwości. Zjawisko to spostrzegane w wielu innych przypadkach przewrażliwości, podobnie jak w chorobie posurowiczej, wytłumaczyć sobie możemy sztucznem uczuleniem ustroju pierwotnie niewrażliwego na dany lek. Co do samych objawów, to w naszym przypadku obok objawów podmiotowych jak mrowienie i swędzenie występuje głównie podniesiona ciepłota i pokrzywka na dłoni. Podniesiona ciepłota jako objaw przewrażliwości na atofan jest objawem rzadkim. Poza dwoma przypadkami Schilinga i jednym przypadkiem Müllera nie spotkałem w piśmiennictwie wyraźnej wzmianki odnośnie do tego objawu. W jednym z przypadków Schillinga gorączka podobnie jak w naszym przypadku występowała ostro i cofała się natychmiast po odstawieniu atofanu. Odczyny skórne jako wyraz idjosynkrazji do leków są obecnie przedmiotem obszernych i wyczerpujących prac dermatologicznych. W naszym przypadku objawy skórne wystąpiły w postaci pokrzywki umiejscowionej na dłoni lewej zarówno przy pierwszym jak i przy drugim wstrząsie. Takie miejscowe wykwity skórne po lekach znane są oddawna. Jako pierwszy opisał te zmiany w roku 1894 Brocq po antypirynie. Po nim w następnych latach opisali podobne zmiany skórne po antypirynie inni autorowie (Ballin, 1896, Fournier 1897, Mibelli, Apolant 1898, i t. d.). Ponieważ przez długi czas nie spotykano podobnych objawów po innych lekach, więc przypuszczano, że chodzi w tych razach o swoiste działanie antypiryny związane z jej budową chemiczną. Kiedy jednak w roku 1917 Naegeli 8) opisał umiejscowione wykwity po neosalwarsanie zwrócono ponownie uwagę na te zjawiska, tak, że obecnie spotykamy już w piśmiennictwie szereg podobnych spostrzeżeń w odniesieniu do wielu innych ciał jak jod, chinina, emetyna, fenolftaleina, pyramidon, rtęć, związki kwasu salicylowego, weronal. Co do atofanu, to poza przypadkiem Kissmeyera 23) brak dotychczas w piśmiennictwie pewnych spostrzeżeń umiejscowionych wykwitów. Zaznaczyć jednak należy, że dość często nie można z całą pewnością przesądzać przynależności danego przypadku do tej grupy schorzeń. W naszym przypadku za przynależnością do typu umiejscowionych wykwitów skórnych przemawia występowanie zmian stale w tem samem miejscu na dłoni po podaniu doustnem atofanu za pierwszym i za drugim razem. Wprawdzie po zastrzykach doskórnych zmiany na dłoni nie wystąpiły, przypisać to jednakże można znacznemu zmniejszeniu dawki, od wysokości której zależy też w pewnej mierze występowanie wykwitów. (Naegeli). Plamy brunatnawe, które pozostają po cofnięciu się zmian zapalnych tłumaczy Ehrmann obecnością melaniny. Mibelli twierdzi, że chodzi tu o produkty rozpadu barwika krwi. Jako przyczynę umiejscowionych wykwitów skórnych po lekach podają niektórzy autorowie miejscową wrodzoną przewrażliwość naskórka w stosunku do danego leku. (Naegeli, de Quervain, Stadler 7). Według tych autorów komórki naskórka ulegają pod wpływem obcego ciała biologicznym zmianom na skutek czego wydzielają one toksyczne ciała drażniące śródbłonek naczyń w skórze właściwej, co prowadzi do powstawania zmian zapalnych. To zapatrywanie opierają na doświadczeniach z przeszczepianiem naskórka z miejsc uległych omawianemu schorzeniu na inne miejsca, względnie na osobników zdrowych. Okazało się, że nawet po przeszczepieniu na innego osobnika naskórek taki ulegał typowemu schorzeniu po podaniu odnośnego leku. Również ciekawe doświadczenia *in vitro* zdają się przemawiać za słusznością tego ujęcia. Poddano mianowicie działaniu 10% roztworu wodnego antypiryny skrawek naskórka z miejsca przewrażliwego i skrawek naskórka z miejsca prawidłowego. Skrawek pierwszy uległ wyraźnym zmianom w postaci obrzęku zwłaszcza w zakresie *stratum basale*, natomiast drugi pozostał prawie niezmieniony. Podane wyżej tłumaczenie oparte na teorji komórkowego usadowienia przewrażliwości można pogodzić z obecnemi poglądami na anafilaktyczne tło wszystkich objawów przewrażliwości, jeżeli zgodnie z zapatrywaniem Jadassona 9, 10) przyjmiemy, że w przypadkach umiejscowionych wykwitów po lekach chodzi prawdopodobnie o nadmierne wyprodukowanie i nagromadzenie chemoreceptorów względnie przeciwciał w danym odcinku skóry pod wpływem dawek uczulających. Przeciwciała te, łącząc się z ponownie wprowadzonym lekiem, drażnią, jak przy typowym wstrząsie anafilaktycznym, tkanki, które są ich siedliskiem (naskórek, śródbłonki naczyniowe) i prowadzą do powstawania miejscowych zmian zapalnych skóry. Jeżeli chodzi o mechanizm powstawania objawów przewrażliwości na atofan, przytoczę jeszcze kilka poglądów spotykanych w piśmiennictwie. I tak Schwann opiera się na stwierdzonem przez Mendla działaniu atofanu powodującem rozpad ciałek białych. Przyjąwszy więc, że uwolnione przytem białko zachowuje się w ustroju jak białko obcogatunkowe, przypuszcza Schwann możliwość uczulenia na tej drodze, które przy ponownem podaniu atofanu może wywołać typowe objawy wstrząsu. Skórczewski sprowadza objawy przewrażliwości na atofan do zaburzeń w utlenianiu, które występują w ustroju pod wpływem tego leku. Wreszcie Stieflor zwraca głównie uwagę na angjoneurotyczne obrzęki i uważa za ich przyczynę neuropatyczne podłoże u danych osobników. W przypadkach tych przychodzi łatwo do „neurochemicznego" działania atofanu w postaci zadrażnienia nerwu błędnego z następowem wystąpieniem obrzęków skórnych. Pobudzające działanie atofanu w stosunku do nerwu błędnego zostało już doświadczalnie na zwierzętach stwierdzone (Starkenstein). Wiadomem również jest, że atofan podnosi kwasotę żołądkową, a u astmatyków nasila objawy duszności.

Przechodząc do leczenia stanu przewrażliwości na atofan możemy stwierdzić, że, podobnie jak w wielu innych przypadkach przewrażliwości jedynym sposobem od którego należałoby spodziewać się korzystnego działania jest stopniowe odczulenie ustroju. Leczenie w tym kierunku możnaby przeprowadzić przy pomocy zastrzyków doskórnych atofanylu wychodząc z dawki niewywołującej jeszcze żadnego odczynu, przez stopniowe powiększanie dawek, przyczem należałoby unikać objawów ogólnych, a wywoływać objawy miejscowe nieznacznego stopnia. Leczenia tego jednak z powodu przedwczesnego wyjścia chorej z kliniki nie mogliśmy przeprowadzić.

Piśmiennictwo:

1) Schilling: Münch. med. Woch. 1926, Nr. 9. — 2) Schwann: Klin. Woch. 1924, S. 935. — 3) Schröder: Zetbltt inn. Med. 28. S. 72. — 4) Marannon: Zbltt. inn. Med. 11. S. 361. — 5) Mendel: Deutsch. Med. Woch. 1922. Nr. 25. — 6) Müller: Mitteil. a. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheill. Wien 1913. Nr. 3. — 7) Naegeli-de Quervain-Stadler: Klin. Woch. 1930. Nr. 20, s. 925. — 8) Naegeli: Klin. Woch. 1927, Nr. 1—2. — 9) Jadasson: Klin. Woch. 1923. Nr. 36. — 10) Jadasson: Med. Klin. 1925. Nr. 10. — 11) Luce u. Feigl: Therap. Monatshefte 1912. S. 236. — 12) Bruck: Berl. Klin. Woch. 1910. S. 517.; S. 1928. — 13) Ziegle-Volk: Münch. Med. Woch. 1912, S. 401. — 14) Lang: Münch. Med. Woch. 1927. S. 59. — 15) Nathan u. Munk: Klin. Woch. 1928. Nr. 24. S. 1125. — 16) Grütz: Klin. Woch. 1928. Nr. 27. S. 1301. — 17) Doerr: Schw. Med. Woch. 1921. — 18) Weintraub: Therap. d. Geg. 1916. III. — 19) Vajda: Med. Klin. 1930. Nr. 38. S. 1396. — 20) Kämmerer: Allerg. Diath. u. Allerg. Erkrankungen München 1926. — 21) Wurmfeld: Med. Klin. 1930. Nr. 35. S. 1278. — 22) Breinl: Med. Klin. 1930. Nr. 30. S. 1106. — 23) Kissmeyer: Klin. Woch. 1927. Nr. 1. (ref.). — 24) Skórczewski i Sohn: Lwow. Tyg. Lek. 1912. Nr. 13 i Nr. 14.

Dr. D. SASSOWER. Lwów.

Przyczynek do rozpoznania tętniaków.

Rozpoznawanie tętniaków pourazowych nie przedstawia zwyczajnie większych trudności, skoro się uwzględni przyczynę guza, jego umiejscowienie wzdłuż naczyń, tętnienie, t. j. zwiększanie się podczas skurczu, zmniejszanie podczas rozkurczu serca, szmer kurczowy, wreszcie obecność krwi przy próbnem nakłuciu.

Trudności rozpoznawcze powstają przy braku istotnych objawów, właściwych tętniakom. Po mechanicznem uszkodzeniu ściany naczyniowej powstaje krwiak, będący w połączeniu ze światłem skaleczonego naczynia, t. zw. krwiak tętniący, który po pewnym czasie ulega otorbieniu, dzięki łącznotkankowej organizacji.

Bardziej wzmożonemu narastaniu krwiaka towarzyszyć może ból miejscowy, podwyższona ciepłota, oraz zaczerwienienie skóry przy równoczesnym braku tętnienia, uwarunkowanym szczelnem wypełnieniem jamy skrzepami oraz znacznem napięciem skóry (ciche krwiaki), co razem stanowi zespół objawów zapalnych, mogących prowadzić do mylnego rozpoznania ropnia. Znane są też liczne wypadki nacinania krwiaków cichych, rozpoznawanych jako ropnie.

Również w późniejszym okresie, kiedy już nastąpiło otorbienie krwiaka, mogą powstać omyłki rozpoznawcze z powodu braku tętnienia, szmeru skurczowego oraz braku krwi przy nakłuciu próbnem. W tym ostatnim wypadku brak swoistych objawów tętniakowych spowodowany bywa całkowitem i szczelnem wypełnieniem tętniaka, masami skrzepowemi, warstwami soli wapniowych oraz rozrastającą się tkanką łączną; w tym okresie tętniak może robić wrażenie nowotworu.

Takie właśnie przypadki, należące do tej ostatniej grupy, pozwolę sobie opisać w niniejszej pracy.

P r z y p a d e k I. Jan S. M., lat 32, rolnik zgłosił się 25. XI. 1925 r. z guzem na lewem udzie. Chory podaje, że przed 20 laty zauważył guz wielkości jaja gołębiego, który prawie przez cały długi okres lat nie sprawiał większych dolegliwości. Guz ten od 3-ch miesięcy bardzo szybko się rozrasta.

Stan obecny: chory średniego wzrostu, miernego stanu odżywienia nie wykazuje chorobowych zmian w zakresie narządów wewnętrznych głowy, szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej. Na lewem udzie w trójkącie Scarpy widać guz wielkości głowy dorosłego człowieka, postaci okrągłej, spoistości chrząstkowato twardej, w stosunku do otoczenia dobrze odgraniczony, przesuwalny poprzecznie do długiej osi uda. Skóra nad nim jest sino zabarwiona, cienka, nieprzesuwalna. Gruczoły pachwinowe są powiększone i twarde. Na podudziu tej samej kończyny jest wrzód żylakowaty wielkości dłoni. Guz ten nie wykazuje tętnienia i szmeru skurczowego. Nakłucie próbne dało wynik ujemny. A zatem wszystkie objawy, z wyjątkiem umiejscowienia, zdawały się wykluczać chorobę naczyń i przemawiać za nowotworem, który przypuszczalnie w ostatnim czasie uległ złośliwemu zwyrodnieniu, a zatem mięsak, wychodzący z powięzi, albo wspólnej otoczki naczyniowej.

1. XII. 1925 r. wykonałem zabieg w znieczuleniu lędźwiowem. Zabieg wykazał tętniak tętnicy udowej poniżej odejścia tętnicy głębokiej udowej *(arteria femoris profunda)* po podwiązaniu do — i odprowadzających kikutów naczyniowych wyłuszczono guz. Ranę zaszyto na głucho. Guz ten po przecięciu wykazał liczne warstwy zwapniałe, reszta zaś jamy wypełniona była tkanką łączną oraz skrzepami jeszcze częściowo się organizującemi. Wnętrze opisanego worka było tak szczelnie wypełnione złogami wapniowemi, oraz skrzepami, że stało się jasnem, iż krążenie w tych warunkach odbywać się nie mogło. Tem się też tłumaczy brak tętnienia samego guza, oraz jego spoistość. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

P r z y p a d e k II. Dnia 2. XI. 1930 r. zgłosił się chory D. B. lat 34, z guzem w okolicy prawego łokcia. Chory podaje, że przed rokiem dokonano w tem właśnie miejscu upustu krwi, przez nacięcie żyły. W szereg tygodni później chory zauważył guzek wielkości orzecha laskowego, który nie sprawiał mu prawie żadnych dolegliwości. W 8 miesięcy później guzek ten począł się bardzo szybko rozrastać, a w ostatnim czasie doszedł do obecnych rozmiarów.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, o lichym stanie odżywienia, blady, nie wykazuje w obrębie głowy, szyi, klatki piersiowej i brzucha żadnych zmian dostrzegalnych. Kończyna prawa górna wykazuje w zgięciu łokciowem guz wielkości głowy dziecka. Skóra nad nim jest sino zabarwiona, o licznych w rozmaitych kierunkach przebiegających żyłkach. Spoistość guza jest oporna, miejscami chrząstkowato twarda, brak tętnienia oraz szmeru skurczowego, ruchomość palców prawie zniesiona przy zachowanem czuciu. Nakłucie próbne wykazało krew.

5. XI. 1930 r. wykonano zabieg operacyjny w uśpieniu eterowem. Po założeniu opaski Esmarcha przystąpiono do wyłuszczenia guza. Po podwiązaniu licznych naczyń żylnych podwiązano odcinek do — i odprowadzającej tętnicy, guz wyjęto, a ranę zaszyto na głucho. Guz po przecięciu wykazał podobne zmiany jak w przypadku pierwszym. Dalszy przebieg prawidłowy: rana zagoiła się rychłozrostem, zaburzenia ruchowe ustąpiły po kilkutygodniowem leczeniu, zapomocą galwanizacji i miesienia ręcznego.

Przypadek ten zasługuje na uwagę nietylko ze względu na opisane trudności rozpoznawcze, lecz także na przyczynę powstania tegoż schorzenia. Mianowicie mam na myśli związek przyczynowy pomiędzy nacięciem żyły celem upustu krwi, a powstaniem tętniaka. Etjologja ta częsta dawniej, kiedy niepowołani bez dokładnej znajomości anatomji i zasad chirurgicznych podobne czynności wykonywali. Przy obecnym jednak rozwoju techniki operacyjnej przypadki takie należą do rzadkości.

Z opisanych przypadków wynika, że brak swoistych objawów właściwych tętniakom nie zawsze rozstrzyga o rozpoznaniu, a, co zatem idzie, i o postępowaniu leczniczem, samo bowiem umiejscowienie guza wymaga odpowiedniej ostrożności przy zabiegach.

W końcu pozwolę sobie nadmienić, że znane są w piśmiennictwie przypadki, w których nowotwory robiły wrażenie tętniaków, dzięki umiejscowieniu, oraz udzielonemu tętnieniu.

Piśmiennictwo:

R a n z i: Archiv. f. Klin. Chirurgie. Bd. CX. — K ü m m e l: Archiv f. Klin. Chirurgie Bd. XXX. — R o l t s c h: D. Zeitschrift f. Chirurgie 201. — S a s s o w e r: Zentralblatt f. Chirurgie 1927, Nr. 40. — K r o t o s k i: P. Przegląd chirurg. T. IX. Z. 2.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Spór o t. zw. „wiwisekcję".

Towarzystwa opieki nad zwierzętami rozwinęły ostatnio w Polsce żywą działalność propagandową przeciw doświadczeniom wykonywanym na zwierzętach. Towarzystwa te, kierowane szlachetnemi pobudkami ulżenia doli cierpiącym zwierzętom, weszły na teren dyskusji, która winna pozostać wyłącznie w dziedzinie naukowej rzeczowości, z zadziwiającą śmiałością i skierowały cały strumień swych gorących uczuć przeciw t. zw. wiwisektorom. Memorjały ich pełne są frazeologicznych zwrotów i niezgodnych z rzeczywistością faktów. Mało są też wybredne w doborze słów w namiętnej, polemicznej walce.

Jak wiadomo w walce z metodą badań na zwierzętach żywych biorą od dawna udział także i niektórzy lekarze. Dlatego sądzimy, że teren pism lekarskich jest, ze względu na powagę samej sprawy najodpowiedniejszy do rozstrzygania sporu, pod warunkiem jednak, iż w dyskusji opanowane zostaną namiętności i odbędzie się ona na gruncie ściśle rzeczowym. Demagogiczne zwroty przeznaczone dla mas nie mogą mieć miejsca w polemice, którą prowadzić mają fachowcy.

W ostatnich wystąpieniach „antiwiwisekcyjnych" wziął bardzo żywy udział P. Dr. W. K n a p p e, jako autor broszury p. t. „Na marginesie badań fizjologicznych" i jako tłumacz broszury niemieckiego profesora chirurgji w Monachjum, Dra O e h n i n g e r a p. t. „O konieczności radykalnej walki z „naukowemi" torturami zwierząt t. zw. wiwisekcją" [1]). Broszury te mimo, że wydane w roku zeszłym teraz dopiero doszły do naszych rąk w związku z kampanją „antiwiwisekcyjną" na terenie lwowskim.

Sprawa jest za poważna, by ją pominąć milczeniem. Obchodzi ona cały zawód lekarski, bo dotyczy najistotniejszych zagadnień i zadań nietylko medycyny naukowej ale i praktycznej. Obejmuje sprawy natury moralnej, wchodzi w subtelne zagadnienia etyki lekarskiej. Wymaga poruszenia najistotniejszych celów medycyny i oceny jej stanowiska wśród innych nauk doświadczalnych. Tutaj pochopność rozstrzygnięć może mieć skutki nieobliczalne dla samej nauki i dla szerokich mas społeczeństwa.

P. Dr. W. K n a p p e nie widzi celu zasadniczego metody badań na zwierzętach, spostrzega jedynie stronę techniczną i to nie w oświetleniu rzeczowem ale niestety bardzo powierzchow-

[1]) Obie broszury, wydane jako odbitki ze „Świata zwierzęcego" (1930), przeznaczone są dla celów propagandy przeciw doświadczeniom na zwierzętach i ludziach.

nem i przeznaczonem na urabianie opinji publicznej. Cytuje, wycytowane już na wszystkie sposoby fakty „oparzania, rozpruwania zwierząt bez narkozy, rozpiłowywania ich, oblewania terpentyną lub benzyną a potem podpalania, wycinania organów, przypalania rozpalonem żelazem, wyszprycowywania (sic!) mózgu wrzącą wodą... zdzierania skóry, wyłamywania członków, szczepienia chorób“ i t. p., że wspomnimy tylko doświadczenia najokrutniejsze. I to wszystko dla bezkrytycznej opinji mas i członków towarzystw „antiwiwisekcyjnych“ powołujących się potem tak skwapliwie na „poważne“ głosy lekarzy. Dr. W. Knappe nie kończy jednak na przytaczaniu faktów okropności wiwisekcyjnych za innymi. Ma wyrobione własne zdanie i własne argumenty. Posiada nawet „niezbite“ dowody wskazujące na to, że „wiwisekcja jako akt niemoralnego okrucieństwa uprawiana jest często na tle popędów sadystycznych“. Dlatego też Dr. W. Knappe „nie chce wiedzy lekarskiej, dostarczanej mu przez ludzi, nie posiadających etyki, przez profesorów, których serca są skamieniałe pod wpływem okrutnych, krwawych doświadczeń“. Wspólnie z Markiem Twain'em, Ryszardem Wagnerem, Wiktorem Hugo, Mahatmą Ghandim, Bernardem Shaw, prof. Hyrtlem i innymi uważa „wiwisekcję“ za plamę kultury naszego wieku.

P. Dr. W. Knappe na tem jednak nie kończy. Tłumaczy bowiem broszurkę Prof. Oehningera. Uważa za odpowiednie, by ją kolportowano wśród szerokiej publiczności. Wśród wielu zbanalizowanych już „argumentów“ przeciw metodzie doświadczeń na zwierzętach widzimy tam ustępy wprost rewelacyjne. Prof. Oehninger a z nim Dr. Knappe powiadają, że leczenie chorób jest tylko parawanem a nie celem „wiwisekcji“. Najlepszym tego dowodem, według autorów, jest stan zdrowotny, który nie uległ poprawie. Statystyki lekarskie mówiące o wynikach leczniczych są fałszywe. Postępu leczniczego niema i.. koniec. „Kłamliwą i wstrętną reklamę robiono swojego czasu tuberkulinie Kocha, robi się obecnie zwierzęcej insulinie, salwarsanowi i surowicy błoniczej“. Poco tyle trudu i poco dręczyć zwierzęta, skoro te środki nie działają a czyni się im jedynie „wstrętną reklamę“.

A potem następuje stek niewybrednych wymyślań i „argumentów“ pełnych zresztą sprzeczności nie godnych powagi ani autora ani Szanownego tłumacza. „Meritum sprawy jest natury moralnej“, wolność zbrodni, jad dla duszy, straszne niebezpieczeństwo gorsze niż cholera, guz i t. p., defekt kultury, klątwa, nierząd nauki, to są mniej więcej wytworne epitety skierowane pod adresem „wiwisekcjonistów“. Są oni niesympatyczni, odpychający, obłędni, karjerowicze, i żądni chwały.

Nie kończy się jednak tylko na „wiwisekcjonistach“ *pur sang*. Otrzymują różne dosadne określenia „znakomici profesorowie i chirurdzy, którzy jak wiadomo uganiają się za mamoną“. Wtedy oczywiście „oprawstwo zwierząt“ sowicie im się opłaca. „Nabijają kabzę kosztem mas“, „są agentami przemysłu farmaceutycznego“.

A wszyscy okropnie kłamią. Kłamią masom „dokładnie“ w 95%. Dlatego jednak, że są tchórzliwi. A kobiety prześcigają jeszcze mężczyzn w okrucieństwach zadawanych zwierzętom.

Powyższemi nadużyciami zająć się zatem winny odpowiednie towarzystwa opieki nad zwierzętami i doprowadzić do „zdemolowania“ katowni zwierząt.

Drugiem jednak zadaniem będzie „ochrona człowieka“. Dowiadujemy się bowiem z ciekawej broszury profesora Oehningera (przypominamy, że broszura jest popularną), że czynione są „wiwisekcje“ na ludziach. Przeszczepia się choroby na ludzi zdrowych, oparza się ich promieniami Roentgena, podaje się im trucizny i czyni najwstrętniejsze rękoczyny. Ochrona człowieka ma uniemożliwić te zbrodnicze akty.

Z powyższych „rzeczowych“ wywodów wynikają oczywiście dla autorów wnioski praktyczne. Partactwem jest dla nich stosowanie alloterapji, leczenia promieniami Roentgena i surowicami. Ochronę przed bakterjami mężnie zwalczają kwalifikując ją jako niegodne tchórzostwo.

W naturalnej konsekwencji zostają podane „czyny pozytywne“ dla dobra chorej ludzkości. Są to przedewszystkiem prace towarzystw „przyrodoleczniczych, homeopatycznych i biochemicznych, zwolenników Kneippa i jaroszów, oraz odnowienie ducha życia spirytualistycznego“.

Zwolennicy metody badań na zwierzętach natomiast „winni stracić wszelką praktykę lekarską, publiczność bowiem trzeba ostrzec, by nie radziła się u takich lekarzy. Laboratorja medycyny eksperymentalnej winny być kontrolowane przez towarzystwa opieki nad zwierzętami a lekarze wykonujący badania winni być karani więzieniem a w razie recydywy — demem poprawczym“. Jak widać z powyższego propagatorom walki z metodami badań na zwierzętach nie brak śmiałego humoru.

Opinja publiczna jest „najgłupszą rzeczą na świecie“ niemniej jednak ma ona stanowić trybunał dla badaczy czyniących doświadczenia na zwierzętach i do niej tak skwapliwie odwołują się dzisiejsi propagatorzy zniesienia tego rodzaju doświadczeń.

* * *

W gronie lekarskiem dyskusja na temat metody badań na zwierzętach musi stać, jak wspomnieliśmy, na odpowiednim poziomie, wolnym od wszelkiej demagogji. Przyznać musimy jednak, że nawet na gruncie ścisłej rzeczowości jest niekiedy mocno kłopotliwa. Wielokrotnie bowiem uciekać się trzeba do przytaczania jako argumentów faktów tak oczywistych i elementarnych, że aż żenujących. Rozumie ich znaczenie zresztą nietylko świat lekarski ale nawet myśląca publiczność, czego dowody mamy niejednokrotnie.

Dyskusja na temat t. zw. wiwisekcji zatem znów wraca i prawdopodobnie zajmie poczesne miejsce w literaturze polemicznej. Zanim jednakże zajdzie bezpośrednia potrzeba przypominania wartości i zdobyczy naukowych i praktycznych, jakie łączą się z tą metodą badania, pozwolimy sobie przedstawić skromną radę przeciwnikom tej metody badania. Upoważnia nas do tego — choćby drogą wzajemności — fakt chętnego szafowania radami, do których mają się zastosować fizjologowie, by spełnić swoje zadanie naukowe i pedagogiczne a uniknąć „wiwisekcji“. Rady te mówią mianowicie o nauczaniu fizjologji, a więc nauki o życiu i jego objawach, na doskonałych modelach lub zwierzętach martwych. Otóż te niezwykle „cenne“ rady upoważniają do wypowiedzenia pewnych projektów pod adresem Towarzystw opieki nad zwierzętami i opieki nad człowiekiem i do ich opiekunów — lekarzy.

Zadanie tych towarzystw może być doniosłe. Opieka nad zwierzętami dręczonemi i bezdomnemi jest szczytnem powołaniem. Opieka nad zwierzętami nadużywanemi do celów sportowych, kontrola rzeźni rytualnych, psów dręczonych zbyt troskliwą opieką w mieszkaniach zamkniętych i t. p. dość może dać szlachetnego zajęcia członkom towarzystwa.

Cały problem kastrowania zwierząt dla celów hodowlanych, eksploatacyjnych i wogóle z punktu widzenia bezpośredniej dochodowości możeby jednak wymagał pewnej rewizji w myśl haseł „antiwiwisekcyjnych“. A przygotowanie zwierząt przez kastrację dla celów kulinarnych jedynie tylko pod kątem widzenia dogodzenia wyrafinowanemu zmysłowi smaku to niezwykle szeroki teren do propagandy antiwiwisekcyjnej. Zwierzęta te bowiem cierpią wskutek samego zabiegu często nieumiejętnie i bez żadnego znieczulenia przeprowadzanego i stają się kalekami na dłuższy okres ich życia. Te jednak zwierzęta nie doczekały się ochrony specjalnej. Ich cierpień nie zdołano jeszcze zauważyć.

Tutaj pewna inicjatywa byłaby bardziej celowa niż próby żądania kontroli delegatów towarzystwa nad laboratorjami naukowemi.

W opiece zaś nad człowiekiem są do zrobienia rzeczy wzniosłe i naprawdę humanitarne. Obrońcy zwierząt, które służą celom najbardziej bezinteresownym i które w znieczuleniu spełniają rolę niezbędną w nowoczesnej naukowej medycynie ludzkiej i dla dobra samych chorych zwierząt, roztkliwiają się nad losem tych istot a nie interesują się dostatecznie tą najistotniejszą „ochroną człowieka“, jaką mogliby spełnić w walce z gruźlicą, w opiece nad biednemi dziećmi i matkami. Doszukują się zbrodni wykonywanych na ludziach, a nie widzą głodu, który gorszy jest od najsroższej wiwisekcji. Zbierają fundusze na demagogiczną i na fałszywych opartą faktach propagandę a nie zajmą się zakupnem mleka dla mrących z głodu niemowląt. Widzą urojone zbrodnie „wiwisektorów“ a przechodzą obojętnie obok zbrodni społecznej, jaką jest nędza.

Doszukują się urojonych eksperymentów na ludziach a nie nie wiedzą lub nie chcą wiedzieć o tem, że rozstrzygające badania eksperymentatorzy robią wielokrotnie na sobie, nieraz poświęcając swoje zdrowie a nawet życie dla najszlachetniejszych celów nauki i dobra cierpiącej ludzkości.

Szerzenie nihilizmu leczniczego ma już swoją historję. Czytaliśmy już o tych chorych, których leczono dobrem słowem i „wznowieniem ducha życia spirytualistycznego“. Marli oni na różne schorzenia, które w porę leczone mogłyby dać wyzdrowienie. Propagatorzy walki z metodami badań na zwierzętach nie widzą i nie wierzą statystykom i faktycznym zdobyczom nauki, które tworzą chlubę ostatnich czasów, a natomiast pogrążają społeczeństwo w obskurantyzmie i pchają je w objęcia znachorów i partactwa lekarskiego. Chirurgji nowoczesnej przeciwstawiają — przyrodolecznictwo, allopatji — homeopatję, całej nowoczesnej dietetyce opartej na subtelnych badaniach przemiany materji — pewnie jaroszostwo, seroterapji — metodę Kneippa, całej

fizjoterapji z promieniami Roentgena na czele — zapewne wznowienie ducha życia spirytualistycznego.

Mówienie o tem, iż lepiejby było „ażeby cała nauka a wraz z nią i cały rodzaj ludzki wyginął, niż żeby się miało używać takich środków do ich ratowania“ musimy uważać za tani frazes, który napewno straciłby na ostrości, gdyby zdrowie własne lub najbliższych weszło w grę u srożących się na naukę i rodzaj ludzki „antiwiwisekcjonistów“.

Uzasadniać potrzebę wykonywania badań na zwierzętach nie jest dzisiaj trudno. Istnieje obfita literatura, w której kompetentni specjaliści wykazują całe jej wielkie znaczenie. Dyskusja bowiem nie jest nowa i argumenty przeciwników i zwolenników tej metody wielokroć już powtarzano.

W niektórych krajach zachodnich o wysokiej cywilizacji i kulturze kwestją badań na zwierzętach poddawano nawet plebiscytowi. Przed kilku laty głosował lud szwajcarski w powszechnem głosowaniu. Agitacja przeciw badaniom na zwierzętach była olbrzymia. Mimo to demokracja szwajcarska w pełnym zaufaniu do przedstawicieli nauki odrzuciła wniosek o prawie antiwiwisekcyjnem. Społeczeństwo szwajcarskie wierzyło bowiem, że metoda ta ma wyższe cele a jej wykonawców kierują może nieco inne względy jak „robienie mamony“. To było jednak w Szwajcarji.

Dr. Włodzimierz Koskowski,
Prof. farmakologji doświad. U. J. K.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo W. R. i O. P.
Nr. I. WF-3268/31.

Warszawa, dnia 27 kwietnia 1931 r.

OKÓLNIK

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do dyrekcyj i kierownictw wszystkich szkół

w sprawie zapobiegania szerzeniu się gruźlicy.

Badania lekarzy, zajmujących się gruźlicą, wykazały, że jedną z licznych dróg, bynajmniej nie najrzadszą, któremi szerzy się ta straszna choroba, jest zetknięcie się ust człowieka zdrowego ze śliną, pochodzącą od osoby, chorej na gruźlicę.

Ponieważ wiadomo mi, że w wielu szkołach i zakładach naukowo-wychowawczych istnieje zwyczaj całowania po rękach pań przełożonych, nauczycielek i księży prefektów, przeto, w trosce o zdrowie dziatwy i młodzieży szkolnej, dla której choroba ta jest straszną plagą, zarządzam, by zwyczaju tego tam, gdzie on istnieje, zaniechano.

Dyrektorzy (rki) i kierownicy (czki) szkół zechcą pouczać dziatwę i młodzież, iż szacunek dla swych wychowawców może ona wyrażać również i w innej formie.

K. Pieracki, Podsekretarz Stanu.

Otrzymują:
Kuratorja Okręgów Szkolnych,
Śląski Urząd Wojew. Wydz. Ośw. Publ.,
Liceum Krzemienieckie.

Ministerstwo W. R. i O. P.
Nr. I. WF-6236/30.

Warszawa, dnia 28 marca 1931 r.

OKÓLNIK

Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego

do Kuratorjów Okręgów Szkolnych, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Liceum Krzemienieckiego oraz Dyrekcyj szkół średnich ogólnokształcących

w sprawie

kwalifikacyj zdrowotnych kandydatów na wydziały lekarskie Uniwersytetów i do Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Badania lekarskie młodzieży akademickiej oraz statystyka zachorowań jej przed i po skończeniu wyższych zakładów akademickich wykazały szczególną częstość zapadań na zdrowiu wśród młodzieży, uczęszczającej na wydziały lekarskie uniwersytetów i do Państwowego Instytutu Dentystycznego.

W związku z tem i na skutek wystąpień dziekanatów wydziałów lekarskich zechcą dyrekcje szkół średnich ogólnokształcących zażądać od lekarzy szkolnych, ażeby ci, omawiając ze starszą młodzieżą szkolną sprawę wyboru zawodu, czy to na systematycznych lekcjach higjeny, czy to podczas luźnych pogadanek, wyjaśniali jej, że zawód lekarski wymaga wyjątkowego zdrowia, zwłaszcza zdrowych płuc i serca, należytej czynności zmysłów, szczególnie wzroku i słuchu.

Maturzyści i maturzystki, nie odpowiadający tym wymaganiom zdrowotnym, nie powinni ubiegać się o przyjęcie na wydział lekarski uniwersytetów lub do Państwowego Instytutu Dentystycznego, jeśli nie chcą w przyszłości przez przerwanie studjów lub wycofanie się z zawodu wskutek choroby ponosić strat materjalnych i doznawać rozgoryczenia.

K. Pieracki, Podsekretarz Stanu.

Otrzymują:
Kuratorja Okręgów Szkolnych,
Śląski Urząd Wojew. Wydz. Ośw. Publ.,
Liceum Krzemienieckie.

Ministerstwo W. R. i O. P.
Nr. I. WF. 914/31.

Warszawa, dnia 6 lutego 1931.

Propaganda higjeniczna przeciwgruźlicza w szkołach w Małopolsce.

W związku z podkreślaniem przez lekarzy doniosłości leczenia gruźlicy w klimacie górskim lub podgórskim, tysiączne rzesze osób, dotkniętych cierpieniem płucnem, z całej Polski zjeżdża tak w lecie, jak i w zimie, w Tatry, w Beskidy Wschodnie lub Zachodnie, na Podhale, — by szukać ratunku na swą chorobę. Drobna ich część lokuje się w sanatorjach, gdzie przepisy higjeny są dość ściśle przestrzegane, — większa w pensjonatach o różnej wartości pod względem sanitarnym, — największa, niezamożna, szuka pomieszczeń w nieprzystosowanych do tych celów chatach wiejskich, w bezpośredniej styczności z ich mieszkańcami.

Takie skupienie źródeł zarazy na ograniczonem terytorjum oczywiście musi w następstwie powodować łatwość szerzenia się samej choroby. Obserwacje lekarzy i dane statystyczne stwierdzają szerzenie się gruźlicy w sposób wprost zatrważający wśród mieszkańców okolic górskich. Rzecz prosta, dziatwa i młodzież w wieku szkolnym, a więc w wieku, w którym organizm jest najwrażliwszy na zarazki chorobotwórcze, pierwsza pada ich ofiarą.

Chcąc temu złemu choć w części zapobiec, Ministerstwo Wyznań Rel. i Oświecenia Publ. poleca Panu Kuratorowi (Naczelnikowi Wydziału), by zażądał od Panów Inspektorów Szkolnych w podległych im powiatach górskich i podgórskich:

1) dołożenia starań, ażeby magistraty i wydziały powiatowe wzmiankowanych okolic, o ile możności również zechciały zająć się tą sprawą (lekarze szkolni, higjenistki szkolne), w myśl wymagań zdrowia publicznego;

2) przypomnienia, ażeby nauczycielstwo w myśl programów ministerjalnych, czy to w 7-ych oddziałach szkół powszechnych na systematycznych lekcjach higjeny, czy też w niższych oddziałach podczas pogadanek higjenicznych, uświadamiało dziatwę i młodzież szkolną o drogach, jakiemi szerzy się gruźlica, i o środkach, które należy przedsiębrać w celu jej zwalczania;

3) zwrócenia uwagi ogółu nauczycielstwa na pomoc, jaką w tej sprawie może im okazać Polski Związek Przeciwgruźliczy (Zarząd — Warszawa, ul. Chocimska 24), ułatwiając nabycie wszelkich druków i tablic propagandowych.

Ministerstwo oczekiwać będzie od Panów Kuratorów (Naczelnika Wydziału) przed dniem 1 stycznia 1932 roku sprawozdań z wyników tej akcji.

Kazimierz Pieracki, Podsekretarz Stanu.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Podręcznik diagnostyki i terapji. Poradnik Lekarski dla lekarzy i studentów — medyków. Pod ogólną redakcją prof. Dr. Z. Sowińskiego i Dra med. M. Millera. Nakładem Warszawskiej Ajencji Wydawniczej „Delta“. 1931. Str. 915.

Oddawna dawał się odczuwać w piśmiennictwie lekarskiem polskiem brak podręcznika praktycznego, któryby na wzór innych podręczników zagranicznych ujął całokształt wiedzy lekarskiej, wszelkich jej dziedzin, we formę zwięzłą, dostępną dla każdego

lekarza-praktyka, który przy całodziennej, żmudnej pracy zawodowej mało czasu posiada, by szukać w dziełach fachowych. Na zachodzie od dziesiątek lat pełne są półki księgarskie dzieł i podręczników praktycznych, tworzących podręczną bibljotekę lekarza, w których szybko i o ile możliwie dokładnie zorjentować się może co do danej choroby. Lukę tę wypełnić się starała Redakcja „Podręcznika diagnostyki i terapji" pod kierownictwem prof. Dr. Z. Sowińskiego i Dr. M. Millera. Za współpracowników wybrali szereg wybitnych specjalistów. Podręcznik otwiera rozdział o badaniu podmiotowem i przedmiotowem chorego, opracowany przez doc. Szcz. Bronowskiego. Następują rozdziały; choroby wewnętrzne opracowane przez doc. St. Kleina, akuszerja i ginekologja przez doc. H. Gromadzkiego, gruźlica płuc St. Rudzkiego, choroby przewodu pokarmowego przez Br. Weinerta, choroby zakaźne przez prof. A. Ławrynowicza i Cz. Jaworskiego, odżywianie dziecka w pierwszych latach życia przez R. Stankiewicza, choroby uszu, gardła i nosa przez B. Chorążyckiego (starszego), chirurgja przez prof. Bol. Szareckiego i W. Kozłowskiego, choroby oczu przez doc. W. H. Melanowskiego, choroby skórne i weneryczne przez prof. Z. Sowińskiego i M. Matuszkiewicza, choroby nerwowe i umysłowe przez J. Koelichena i Cz. Bogusławskiego, pomoc lekarska w nagłych wypadkach przez F. Hłaska, leczenie zdrojowe i klimatyczne przez M. Millera.

Nie ominięto żadnego działu. Sumiennie i w sposób możliwie wyczerpujący starali się autorzy przedstawić rozpoznawczą i leczniczą stronę każdego schorzenia. Podręcznik ten bezwzględnie w niczem nie ustępuje podobnym podręcznikom zagranicznym. Autorzy uwzględnili najnowsze badania i metody. Również zewnętrzna postać podręcznika dzięki starannemu wydaniu Warszawskiej Ajencji Wydawniczej „Delta" zasługuje na uznanie. Spodziewać się należy, że autorzy osiągną cel, jaki im przyświecał przy wydawaniu tego podręcznika.

M. Ungar (Lwów).

K. Leriche, A. Policard: *Physiologie pathologique chirurgicale.* Masson, Paryż. 1930.

Autorowie omawiają przejawy życia tkanki łącznej, we wszystkich jej rodzajach, w stanach chorobowych. Są to tkanki najważniejsze ich zdaniem z punktu widzenia patologji. Podtytuł wymienia: zapalenia, skutki urazów, gojenie ran, blizn, choroby kości, stawów, naczyń i nerwów. Autorowie wypowiadają poglądy ogromnie indywidualne, przypisując wielką rolę w tych procesach układowi naczynioruchowemu. Niejedno podają jako dorobek własnej obserwacji bez rzeczowych dowodów, co sami przyznają. Książkę tę powinien przetrawić każdy chirurg nowoczesny, zmusza ona bowiem do rewizji wielu ustalonych poglądów i otwiera szerokie horyzonty dla badań i rozważań nad mechanizmem procesów, żywo obchodzących biologa i chirurga.

T. Sokołowski: *Chirurgja wojenna. M. S. Wojsk.* Toruń. 1931. r.

Dzieło jest podręcznikiem dla lekarzy, a jak wynika z przedmowy, przeznaczonym w pierwszym rzędzie „dla szkolenia młodej generacji lekarzy wojskowych". Pisane jest stylem lapidarnym. Wyczerpuje całokształt opieki nad rannym w polu i w polowych zakładach chirurgicznych.

Uwzględnia niektóre zagadnienia chirurgji ogolnej, jak sprawę zakażenia przyrannego, tężca, wstrząsu, utraty i przetaczania krwi, w zakresie ściśle łączącym się z opracowanym tematem.

W drugiej części, autor omawia szczegółowo złamania, zwichnięcia i rany postrzałowe poszczególnych okolic ciała; podaje ich przebieg kliniczny i zasady klinicznego postępowania, uwzględniając doświadczenia inych autorów z doby wojennej i powojennej.

W układzie rozdziałów widać jednak duże skrępowanie „Regulaminem służby zdrowia", wskutek czego ustępy o postępowaniu z rannym w rozmaitych formacjach polowych uległy znacznej schematyzacji ze szkodą dla całości. Praca S. jest za obszerna dla lekarza praktyka pełniącego służbę frontową, a zawiera wiele szczegółów, zbytecznych dla chirurga.

Dzieło zyskałoby wiele na spoistości, gdyby było pisane zdecydowanie tylko dla chirurgów. Wtedy odpadłyby, względnie uległy skróceniu wymienione wyżej ustępy, a możnaby szerzej omówić działy chirurgji specyficznie wojennej. Tak np. S. żada pierwotnego wycinania rany, przypuszczalnie zakażonej, z zaszyciem jej na głucho: stanowisko to podziela wielu chirurgów, ale bynajmniej nie wszyscy; należałoby uwzględnić obszerniej inne sposoby leczenia, zwłaszcza półotwartego i otwartego tak często stosowane w czasie wojny.

Ustępy części szczegółowej, dzięki dużemu doświadczeniu osobistemu autora, przeczyta z pożytkiem każdy chirurg.

Dr. Czyżewski.

„Choroby wewnętrzne — część I.: *Choroby krwi"* opracował i wydał Dr. Kazimierz Janusz.

Pierwsza część *„chorób wewnętrznych"* dr. Kazimierza Janusza p. t. *„choroby krwi"* jest godnym polecenia podręcznikiem dla lekarzy i studentów. Zawiera on wszystkie najnowsze zdobycze w zakresie nauki tak świeżej, jaką jest hematologja. Tę zaletę zawdzięcza skrypt temu, że autor posługiwał się przy jego układaniu nietylko podręcznikami nauki o krwi (Naegeli, Pappenheim, Türk, Schilling), ale uwzględniał też luźne prace, rozmieszczone w różnych fachowych czasopismach. Lekarze i studenci znajdą tam wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Szczególnie godną uwagi jest część zawierająca szczegółowo opracowaną metodykę hematologiczną.

Do czasu pojawienia się polskiego podręcznika nauki o krwi, skrypt ten jest niezbędny dla każdego praktykującego lekarza, a zwłaszcza dla lekarza szpitalnego, nie mogącego z różnych względów korzystać ze specjalnych monografij i dzieł hematologicznych autorów obcych.

Dr. *Mieczysław Szajna*, b. asystent Fizjologji Lek. U. J. K.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Przemysł chemiczny, nr. 8, z kwietnia 1931: E. Benesch i E. Erdheim: Miareczkowa metoda oznaczania ołowiu. — L. Wasilowski i K. Czarnecki: Krzemianowanie wapniaków dla celów drogowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 17, z 26 kwietnia 1931: II Zjazd aptekarzy Słowiańskich w Pradze. — K. Monikowski: Wina owocowe w pracach Podkomisji farmaceutycznej. — Sprawy zawodowe. — W. Sokolewicz: Farmaceuci w powstaniu 1863 roku.

Przyroda i technika, rok X, nr. 4, z kwietnia 1931: Petar S. Jovanović: Jugosłowiański Kras. — K. Demel: Z działalności Morskiego Laboratorjum Rybackiego w Helu.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 4, z kwietnia 1931: Wł. Ostrowski: Zagięcia końcowe odcinka krętnicy, jako postać chorobowa.

Klinika oczna, rok VIII, zeszyt 3 i 4, z r. 1930: W. Reis: Dr. Emanuel Machek (Wspomnienie pośmiertne). — J. Lauber: Dr. Ernest Fuchs (Wspomnienie pośmiertne). — Z. Messing i J. Szymański: Zmiany w mózgu kota z wrodzonym brakiem tarczy nerwu wzrokowego w prawem oku. — Z. Żołędziowski: Określanie ostrości wzroku w nocy, w świetle badań nad adaptacją siatkówki do ciemności. — J. Abramowicz: Badania kliniczne i doświadczalne nad uszkodzeniem oczu „Henną" używaną do barwienia włosów. — W. Arkin: O mikro i makropsji. — W. Pol: O stosunku między równowagą siły mięśni ocznych, a obuocznem widzeniem. — W. Melanowski: Urazy przypadkowe i rozmyślne narządu wzrokowego w świetle danych kliniki ocznej Uniw. Warsz. od 1921 do 1929 r. — Abramowicz: Stwierdzenie objawu Bolla za pomocą diafanoskopji. — K. Bałłaban: Przypadek zaniku obu nerwów wzrokowych po użyciu alkoholu, wyleczony zastrzykami pozagałkowemi atropiny. — A. Luftman: Przypadek przemieszczenia ciałka rzęskowego. — M. Zachert: Rozpowszechnienie jaglicy w województwie wileńskiem. — L. Rostkowski: Plan zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie i początki jej realizacji. — M. Zachert: Międzynarodowa organizacja przeciwjaglicza.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 4, z kwietnia 1931: M. Nehrebecki: Sanitarne bezpieczeństwo spożycia mleka w miastach polskich. — L. Dobiasz: Działanie zabiegów operacyjnych przy wwinięciu powiek. — A. Szczypko: Zastosowanie widełek stroikowych w medycynie weterynaryjnej. — T. Cwakliński i E. Hirniak: W sprawie wyboru narzędzia do trzebienia. — E. Czękotowski: Próby praktycznego zastosowania borowiny w lecznictwie weterynaryjnem.

Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, tom IX, zeszyt 4, za październik-grudzień 1930 r.: J. Fliederbaum: Badania nad wydalaniem kwasów i zasad przez chorych z obrzękami. — A. Kobryner i T. Abramowicz: O żółciopędnym wpływie żółtka i śmietanki. — A. Kobryner i J. Mauwes: O zachowaniu się roztworu NaCl 0.9% wprowadzonego do krwiobiegu. — J. Pomper: Leczenie poronne zakrzepowych zapaleń żył zapomocą pijawek.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 18, z 30-go kwietnia 1931: A. Straszyński: Z zagadnień nauki o kile wrodzonej, z szczególnem uwzględnieniem kiły wrodzonej skóry i błon śluzowych. — A. Neumann: W sprawie rozpoznania różniczkowego cierpień wątroby, względnie pęcherzyka żółciowego i żołądka, wzgl. dwunastnicy. — J. T.: Nowsze prace z dziedziny otologji (Streszcz. zbior.). — B. Glass: Korespondencja z Heidelberga. — C. Szabad: Przyczynek do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 4. z kwietnia 1931: Zeńczak: Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych c. d.

Medycyna praktyczna, rok V, nr. 4, z r. 1931: L. Podkomorski: Pruritus essentialis. — M. Stabrowski: Dalsze spostrzeżenia nad obecnością ciał obcych w przewodzie pokarmowym u dzieci. — M. Karłowska: Jak powinno wyglądać laboratorjum lekarza praktyka.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 8, z 15 kwietnia 1931: F. Bąkowski: Ogrzewanie i wietrzenie budynków szpitalnych. — A. Ławrynowicz: Rysy podstawowe epidemjologji duru brzusznego w Warszawie (na podstawie materjałów epidemji r. 1929). — St. Waldorf-Kubiczek: Rola administracji w uregulowaniu usuwania nieczystości. — M. Certowicz: W sprawie naszych zdrojowisk i uzdrowisk.

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 4, z kwietnia 1931: M. Seidler: Etjologja, profilaktyka i leczenie raka ze szczególnem uwzględnieniem raka macicy. — W. Lewiński: Postępy w chemiczno-klinicznej analizie krwi. — K. Walker: Przyczynek do rozpoznania cholecystopatji w praktyce codziennej. — L. Grunberg: Zapobiegawcza opieka nad dziećmi ubezpieczonych.

Młoda matka, nr. 9, z r. 1931: Z. Morawski: Kołyska czy łóżko. — Cz. Hoppe: Nie całować dzieci. — S. Średnicki: Kilka słów o „wiatrach u niemowlęcia". — M. P. K.: O racjonalne zasady odżywiania rodziny.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, z 1 maja 1931: L. Skubiszewski: O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu gośćca ostrego. — W. Proszowski: Badania doświadczalne nad wpływem na czynność żołądka wody Truskawieckiej ze źródła „Marji". — A. Modrzejewski: Termin zapłodnienia na podstawie piśmiennictwa.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

Rok X, 1930. Z. 18.

Doc. Chendl: *Jakich błędów dopuszczają się najczęściej lekarze w praktyce przy leczeniu naparstnicą*. Autor zarzuca lekarzom brak znajomości wskazań i przeciwwskazań przy leczeniu naparstnicą, jakoteż nieznajomość często jej farmakodynamicznych własności.

Dr. A. Weiss: *Barwikowa metoda do rozpoznania okresu błony płodowej oraz o pęknięciu błon wogóle*. Autor dochodzi do przekonania na podstawie badań, iż barwikowa metoda do rozpoznawania okresu błony płodowej jest bardzo cennym nabytkiem, tembardziej, że daje się łatwo przeprowadzić. Silnie czerwone zabarwienie się lakmusowego papierka oznacza zawsze nieuszkodzenie błony.

Dr. J. Rosenbaum: *Jak używać mikrodawek radu w praktyce lekarskiej*. Autor uważa mikrodawki radu w postaci okładów radjoaktywnych, *globuli vaginales*, mydła radowego, emanacji rozpuszczonej we wodzie lub oleju, zastrzyków „*Radium chloratum* (w oryginalnych ampułkach) za dobre środki lecznicze, nie ustępujące innym. Zasada ich polega na działaniu ich wprawdzie w małych dawkach lecz za to stałem na ustrój.

Dr. K. Svěrak: *Asthma bronchiale*. Autor podaje następujący sposób leczenia: Przy napadzie łagodniejszym podawać papierosy przeciwastmatyczne lub inhalacje (użyć można i metody Laengra). W przypadkach cięższych zastrzyki atropiny, adrenaliny, astmolizyny. W ostateczności morfinę lub inny środek narkotyczny. Po napadzie podaje autor jod z przerwami lub wapń, inhalację, przeprowadza gimnastykę oddechową, leczenie górnych dróg oddechowych, zmianę klimatu oraz doradza pobyt w odpowiednio do tego celu urządzonych miejscach kąpielowych.

Dr. J. Skalak: *Walka z gruźlicą na wsi*.

Doc. Panyrek: *Feljeton*.

Dr. G. Neményi: *Pływanie z punktu widzenia medycyny sportowej*.

Asyst. Dr. J. Hynie: *Zagadnienia seksualne na zjeździe polityki zdrowotnej w Dreźnie*.

Literatura lekarska.

Sprawozdanie z VIII. Kongresu międzynarodowego dermatologicznego w Kopenhadze.

R. X. Z. 19. 1930.

Doc. J. Diviš: *Uwagi o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc zwłaszcza z uwzględnieniem torakoplastyki i pneumolizy (apikolizą)*.

Dr. S. Pavel: *O działaniu i dawkowaniu papaweryny przy leczeniu skurczów naczyniowych*. Stany chorobowe, wywołane skurczem naczyniowym, są wygodnym terenem dla działania papaweryny. Nadciśnienie, pokąd jest wywołane skurczami mięśni ścian naczyniowych, można często obniżyć, nawet usunąć, w innych przypadkach uda się zmniejszyć dolegliwości z nadciśnienia wynikające i gdy się ciśnienia krwi nie zmieni. Te nadciśnienia oporne na papawerynę są już wywołane anatomicznemi zmianami w naczyniach, na które papaweryna oraz inne leki spazmolityczne wpływu nie mają. Ulgę, którą i w tych przypadkach odczuwa chory po papawerynie, tłumaczy autor działaniem alkaloidu przynajmniej na niektóre części naczyń, które jeszcze nie są objęte zmianami anatomicznemi, zaś stan spastyczny ich jest przyczyną dolegliwości chorego. Natomiast miejscowe i ograniczone te rozszerzenia nie mają wpływu na ogólne ciśnienie tętnicze. Dobrym lekiem jest papaweryna również i w przypadkach dusznicy bolesnej oraz w stanach podobnych do dusznicy *(pseudoangina)* z zastrzeżeniem, że nie odnosi się to do postaci ciężkich. Dobre wyniki spostrzega się i w *claudicatio intermittens*. Ważnem jest podawać papawerynę w przetworze godnym zaufania oraz w dawce znaczniejszej, aniżeli stosowana jest zwykle w praktyce.

Dr. J. Prochaska: *Fizjologja patologiczna obiegu limfatycznego i wstrząsu*.

Dr. J. Baxa: *Syndrom termiczny*.

Sprawozdanie literatury lekarskiej.

M. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 15. — 1931.

M. Labbé: *Zapalenie tętnic na tle cukrzycy*. Zapalenie tętnic na tle cukrzycy obecnie znacznie się zwiększyło i stanowi częstą przyczynę śmierci, ponieważ śmierć wskutek śpiączki od czasu insuliny zmalała. To zapalenie w odróżnieniu od zapaleń tętnic starczych, aterosklerotycznych lub kiłowych przedstawia osobną postać o swoistym rozwoju, symptomatologji, o charakterystycznych zmianach histologicznych i chemicznych ścian tętnicy. Częstość występowania nie idzie w parze z ciężkością cukrzycy, ale zależy od czasu trwania cukrzycy i zajmuje szczególnie tętnice kończyn głównie dolnych.

Z początku objawy są bardzo małe, lekkie zaburzenia czuciowe głównie w nocy w kończynach (mrowienie, zimno i t. p.), później występuje chromanie przestankowe. Ważnym czynnikiem rozpoznawczym nawet w początkowych stanach jest stwierdzenie zmniejszonej amplitudy oscylometrycznej, chociaż nie może to być uważane za pewny sprawdzian postępu sprawy chorobowej. Prócz tego zdjęcia rentgenologiczne zwapniałych tętnic mogą często wskazać rozległość zmian. Przy zamierzonej amputacji wstrzykiwanie do tętnicy płynów kontrastowych (lipjodol, jodek sodu) może czasem pouczyć, w jakiem miejscu powinno się wykonać operację.

Zmiany anatomo-patologiczne w tętnicach mają charakter *endarteritis obliterans*. W błonie wewnętrznej między nielicznemi ogniskami leukocytarnemi znajduje się zbita tkanka łączna częściowo zwyrodniała hialinowo, częściowo nacieczona lipoidami głównie cholesteryną. Zwapnienia w tej błonie niema wcale lub bardzo nieznaczne. Błona środkowa jest mniej zmieniona, występują stwardnienia, ogniska zapalne, zwyrodnienia włókien mięsnych, ale przeważnie jest ona siedliskiem zwapnienia. Błona zewnętrzna jest zwykle normalna. Badania chemiczne wykazują, że w tętnicach obwodowych przy cukrzycy jest duża zawartość cholesteryny i wapnia, podczas gdy aorta zawiera mniej cholesteryny (przeciwnie jest u chorych kiłowych).

Powstawanie zapalenia tętnic przy cukrzycy należy tłumaczyć w ten sposób, że krew bogata w cukier drażni chronicznie błonę wewnętrzną, wywołując zapalenia a zwiększony przy cukrzycy poziom cholesteryny prowadzi do nacieczenia choleste-

rynowego, co w związku z prawdopodobnie innym mechanizmem wapnienia daje zmiany anatomiczne. Autor radzi w leczeniu chorych na cukrzycę ograniczyć dowóz cholesteryny w pokarmach.

A. Léri, F. Lyani i J. Weil: *Dyschondrosteoza, nowa odmiana nanizmu.*

Autorowie opisują 2 przypadki karłowatych osobników żeńskich, dorosłych 1,35 m wysokich, u których stwierdzono za krótkie kończyny, podczas gdy głowa i tułów przy dokładnem badaniu rentgenologicznem nie wykazywały żadnych zniekształceń. Na kończynie górnej stwierdzono prawie zupełny brak górnej części kości promieniowej i dolnej części kości łokciowej, co uwidocznione jest na zdjęciach. Takie zniekształcenie dotąd jeszcze nie było opisane. Autorowie wykluczają dyschondroplazję Ollier'a, achondroplazję, tło krzywicze, kiłowe i in. Brak jakichkolwiek zaburzeń psychicznych i somatycznych, niema też obciążenia dziedzicznego. Autorowie przypuszczają, że to zniekształcenie ograniczone tylko do kończyn powstało w późnym okresie życia płodowego (w późniejszym jak przy achondroplazji), kiedy chrząstki miały ulec skostnieniu.

J. Ley i J. J. Snoeck: *Pierwotne symetryczne zapalenie stawów o przebiegu przewlekłym, postępujące i destruktywne u sióstr bliźniaczych.*

Schorzenie opisane przez kilku autorów (Assmann, Pribram, Hoffa i Wollenberg) pod różnemi nazwami wystąpiło u jednej siostry w 11 r., u drugiej w 18 r. życia, dlatego też obecnie w 22 r. stopień zniekształceń nie jest jednakowy. Dokładne badanie antropologiczne i kliniczne zdaje się wskazywać, że są to bliźniaki dwujajowe. Matka cierpiała kilka lat przed porodem na reumatyzm stawowy i po 7 normalnych porodach wystąpiło nagle szereg poronień. Rozwój choroby u obu sióstr był jednakowy, najpierw występowały symetryczne zapalenia małych stawów z następowem zesztywnieniem, a dalsze zaostrzenia prowadziły do zajęcia dużych stawów z tym samym skutkiem. Badania gruczołów dokrewnych wykazują nieczynność jajnika i w starszym przypadku niedomogę tarczycy.

Autorowie odrzucają teorję infekcyjną tego schorzenia, tylko przyjmują, że przyczyny trzeba szukać w zaburzeniach wewnętrznych głównie gruczołów dokrewnych. W powyższym przypadku ważną rolę predysponującą należy przypisać może zaburzeniom, które miały miejsce we wspólnem życiu płodowem.

Leczenie preparatami tarczycy i jajnika oraz salicylany i w. in. nie dały żadnych wyników.

F. Cordey i P. Philardeau: *Terapja uciskowa płuc przez wstrzykiwanie alkoholu do n. przeponowego.*

Wyrwanie n. przeponowego sprowadza trwałe unieruchomienie połowy przepony, przecięcie nie daje prawie żadnego lub krótkotrwały ucisk płuc, autorowie polecają przeto w niektórych przypadkach, gdzie wyrwanie jest niewskazane a odma płucna niemożliwa, wykonać powyższy zabieg, przyczem porażenie nerwu może trwać różnie długo, średnio 3 lata. Technika jest następująca: odsłania się n. przeponowy jak przy operacji wyrwania n. przep. przynajmniej na przestrzeni 5 cm i wstrzykuje się w kilku miejscach do nerwu kilka kropel alkoholu absolutnego przy użyciu najcieńszej igły. Wyniki po zabiegu są takie jak po wyrwaniu nerwu, najstarszy przypadek w ten sposób operowany przed rokiem ma w dalszym ciągu połowę przepony nieruchomą.

E. Moniz i R. Loff: *Aspergilloza mózgu.*

Przypadek dotyczył kobiety 44-letniej, u której sprawa chorobowa zaczęła się od ciężkiego zapalenia lewej gałki ocznej przed 3 laty o nieznanej etjologji i wśród ślepoty oraz zaburzeń psychicznych przyszło do porażenia połowiczego i po kilku dniach do śmierci. Sekcja wykazała duże ognisko w lewym płacie czołowym, drobnowidowo wykazano kropidlaka *(aspergillus)*. W innych narządach szczególnie w płucach pleśni nie było. Punktem wyjścia dla zakażenia w mózgu była sprawa oczna przed 3 laty.

Nr. 16. — 1931.

H. Vaquez, P. Gley i D. M. Gomez: *Nowy etap sfigmomanometrji.*

Średnie ciśnienie krwi nie może być uważane za średnią arytmetyczną ciśnienia maksymalnego i minimalnego, ponieważ pod średniem ciśnieniem należy rozumieć stałe ciśnienie dynamiczne, odpowiadające ciągle zmieniającemu się ciśnieniu w naczyniach. Dotąd sądzono, że klinicznie nie można oznaczyć tego średniego ciśnienia. Autorowie w doświadczeniach eksperymentalnych na zwierzęciu przekonali się, że maksymalne oscylacje (indeks oscylometryczny) odpowiadają właśnie temu średniemu ciśnieniu, a nie minimalnemu jak to sądzono. U normalnego człowieka ciśnienie maksymalne wynosi 15 cm, minimalne około 6 cm, a średnio 8—9 cm Hg.

W początkach samoistnego nadciśnienia tylko ciśnienie średnie podnosi się i może mu towarzyszyć przerost serca, podczas gdy ciśnienie maksymalne jest często normalne. Szczególnie w młodym wiku nadciśnienie objawia się tylko nadciśnieniem średniem, a w ślad za niem w późniejszym wieku przychodzi nadciśnienie maksymalne, dlatego też autorowie większą wagę przywiązują do oznaczania ciśnienia średniego jak maksymalnego, ponieważ ono jest tem stałem, właściwem nadciśnieniem, warunkującem przerost serca.

Nr. 17. — 1931.

Ph. Pagniez i P. Chaton: *Leczenie delirium alcoholicum strychniną.*

Leczenie ostrych napadów strychniną zapoczątkował Luton w 1873 r., później o tem zapomniano. Autorowie leczyli wiele przypadków, wstrzykując co 3 lub co 2 godziny po 2 mg, (w ciągu 24 godz. 10—16 mg strychniny) i mieli dobre wyniki. W ciągu 1—2 dni chorzy się uspokajali. Autorowie uważają strychninę w dużych dawkach za środek specyficzny przeciw alkoholizmowi, nie tłumaczą jednak mechanizmu działania.

E. Géraudel i D. M. Gomez: *Przejściowa kompletna arytmja w czasie napadu ostrego gośćca stawowego.*

Na podstawie elektrokardjogramów autorowie stwierdzili w 1 przypadku kompletną arytmję, która znikła po ustąpieniu napadu gośćca i podkreślają rzadkość tego rodzaju spostrzeżeń. Stwierdzenie takiej przejściowej arytmji zdaje się przemawiać za tem, że wiele przypadków stałej arytmji powstało na tle gośćcowem.

W. Skowroński (Lwów).

SPRAWY ZAWODOWE.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Doroczne Ogólne Zebranie w dniu 12 kwietnia 1931 r. w Sali Izby Lekarskiej.

Obecni: Zarząd Okręgu: Daum, Lipiński, Salpeter, Zając, Nowicki, Franke, Mańkowski, Brichta, Świtalski. — Delegaci Obwodów: Lwowskiego Janik, Przemyskiego Bodnar, Loebel, Drohobyckiego Mischel jun., Tarnopolskiego Herscher, Biliński. — Członkowie Komisji Rewizyjnej: Ruff. — Delegat Zarządu Głównego: Stefański.

Prezes Okręgu Dr. Daum otworzył zebranie, poczem po odczytaniu przez sekretarza protokołu z poprzedniego Walnego Zebrania wygłosił sprawozdanie z działalności Zarządu Okręgu. W roku sprawozdawczym Okręg Lwowski poruszył kilka spraw doniosłego znaczenia dla Ogółu lekarzy, jednak najważniejsze z nich nie dały się doprowadzić do definitywnego załatwienia, względnie zostały przez czynniki decydujące załatwione nie po myśli żądania Okręgu. I tak w sprawie kursu analiz lekarskich urządzonego przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie Okrąg Lwowski wystosował memorjał umieszczony w czasopismach lekarskich i rozesłany do Wydziałów Lekarskich wszystkich Uniwersytetów w Polsce, oraz do Izb Lekarskich, protestujący przeciwko dążeniom P. Z. H. w Warszawie, mającym na celu uzyskania państwowych koncesji na samodzielne prowadzenie pracowni przez nielekarzy, absolwentów tego kursu. Memorjał ten znalazł wszędzie silny oddźwięk; najbardziej kompetentne zrzeszenia lekarskie jednomyślnie stanęły na stanowisku zajętem przez Okrąg Lwowski, że samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich może być powierzone jedynie lekarzom. Mimo tych usilnych zabiegów czynniki decydujące rozstrzygnęły sprawę po myśli dążenia P. Z. H. w Warszawie.

W sprawie przymusowego roku praktyki lekarzy po ukończeniu studjów Zarząd Okr. Lwowskiego zdając sobie sprawę z ciężkiego położenia materjalnego większości młodych lekarzy, a z drugiej strony uznając istotną konieczność ich wyszkolenia praktycznego, czynił zabiegi, ażeby chociaż część najbardziej potrzebująca odbywających praktykę lekarzy miała zapewnione oparcie materjalne. W odpowiedzi Ministerstwo Spraw Wewnętrznych przesłało odpis okólnika do Wojewodów i p. Komisarza Rządu m. st. Warszawy w powyższej sprawie, który między innemi poleca Wojewodom poczynienie starań, aby szpitale przy przedkładaniu preliminarzy budżetowych przewidziały pewne kwoty na wynagrodzenie praktykantów lekarzy, względnie aby zabezpieczyły im przynajmniej mieszkanie i utrzymanie. Dużo uwagi i zabiegów pochłonęła sprawa fuzji ze Zw. L. Kas Cho-

rych, która już kilkakrotnie zdawała się być bliską urzeczywistnienia. Odbywały się wspólne posiedzenia stałej komisji porozumiewawczej utworzonej z członków obu związków. Do fuzji jednak dotychczas nie doszło, trzeba stwierdzić z winy lekarzy kasowych, którzy zajmowali chwiejne stanowisko w zależności od swej silniejszej wzgl. słabszej pozycji w stosunku do Władz kasowych. Na tle rokowań o fuzję powstał konflikt między zarządem Okręg. Lwow. a Centralą, który szybko usunięto z chwilą zaproszenia Przedstawiciela Okr. Lw. do Głównego Komitetu kasowego, przy zarządzie Głównym.

Ze spraw organizacyjnych na skutek inicjatywy Zarządu Okr. Lwowskiego reaktywowano Obwód w Przemyślu. Obwód ten z miejsca rozwinął żywą działalność doprowadzając w krótkim czasie liczbę członków do 54, wykazując bardzo sprężystą organizację i kierownictwo. Pod względem punktualności i ścisłości w uiszczaniu wkładek był Obwód przemyski jedyny i niedościgniony w całym Okręgu, w przeciwieństwie innych obwodów, które dotychczas z wkładkami w mniejszym lub większym stopniu zalegają (n. p. Obwód Lwowski za cały okres sprawozdawczy nie wpłacił żadnej kwoty na rzecz Okręgu wzgl. Centrali).

Zarząd Okręgu odbył w ciągu roku sprawozdawczego 11 posiedzeń, prócz tego 4 wspólne z lekarzami kasowymi, interweniował w szeregu spraw dotyczących członków związku. W posiedzeniach tych brali również udział delegaci Obwodów, których Okrąg Lwowski posiada pięć, a to: Lwowski, Przemyski, Drohobycki, Tarnopolski i Stryjski. Ogólna ilość członków wynosi 492. Na tem Prezes Dr. Daum zakończył sprawozdanie otwierając dyskusję nad niem, w której zabierali głos delegaci Obwodów informując o działalności tychże Obwodów.

Delegat Zarządu Głównego Dr. Stefański przedstawił obszernie działalność Głównego Komitetu Kasowego i jego wysiłki w kierunku doprowadzenia do fuzji Lekarzy Kas Chorych Wschodniej i Zachodniej Małopolski Z. Woł. ze Zw. L. P. P. Wysiłki te dotychczas nie doprowadziły do pomyślnego rezultatu.

Dalej w dyskusji poruszono sprawę mających powstać przy Izbach Lekarskich biur pracy, przyczem obszernych wyjaśnień odnośnie do projektu organizacji i działalności tychże biur udzielił naczelnik Lwowskiej Izby Lekarskiej Prof. Nowicki.

Doc. Lipiński stwierdza jeszcze raz, że zarówno Okrąg jak i Obwód Lwowski wykazały dużo dobrej woli w kierunku doprowadzenia do fuzji ze Zw. Lek. Kas Chor. Do fuzji dotychczas nie doszło i wobec stanowiska Zw. L. Kas Chor. w tej sprawie, Doc. Lipiński uważa za konieczną zmianę postępowania i stawia wniosek tej treści:

„Okręg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego na ogólnem dorocznem zebraniu odbytem w dniu 12. kwietnia br. jako związek zawodowy postanawia jednomyślnie przy zawieraniu umów z kasami chorych stanąć w charakterze kontrahenta".

Wniosek jednomyślnie uchwalono.

Skarbnik Dr. Salpeter złożył sprawozdanie kasowe podnosząc niepunktualność względnie zupełne niewpłacanie opłat z tytułu wkładek członkowskich na rzecz Okr. i Centrali przez Obwody za wyjątkiem jednego obwodu Przemyskiego, który z jaknajwiększą punktualnością skrupulatnie nadsyłał kwoty na rzecz Okręgu i Centrali. Wobec tego mimo naprawdę małych wydatków na cele Okręgu a to 250 Zł całoroczna pensja sekretarki, Zł 950.— koszta wyjazdów do centrali i Obwodów, Okrąg Lwowski mógł tylko drobną kwotę wpłacić na rzecz Centrali oraz pokryć wydatki Okręgu i to dopiero po podjęciu z funduszu rezerwowego kwoty 150 dolarów. Po sprawozdaniu skarbnika zabrał głos członek komisji rewizyjnej prym. Ruff i odczytał wniosek tejże komisji o udzielenie absolutorjum ustępującemu zarządowi (komisja ta po przeglądnięciu ksiąg i alegatów znalazła wszystko we wzorowym porządku). Wniosek jednomyślnie przyjęto.

Po przerwie 5-cio minutowej dokonano wyboru nowego zarządu w osobach: Daum, Lipiński, Salpeter, Pohorecki, Świtalski, Brichta, Zając, Mańkowski, Deliński Eugenjusz, Lenartowicz, Opolski, Kreissberg, Janik, Sochacki, Bodnar, Loebel, Baranowski, Herscher, Felber. Jako zastępców: Krzyżanowski, Mischel jun., Drettler, Hübl, Ross. Komisję rewizyjną wybrano w osobach: Ostrowski Tadeusz, Ruff Stanisław, Jarocki Adam.

W ostatnim punkcie porządku dziennego: wnioski i interpelacje, delegat obwodu Przemyskiego Dr. Loebel poruszył sprawę preliminarza budżetowego Zarządu Głównego w którym uderzają swoją ogromną wysokością szereg pozycyj np. pensja sekretarza generalnego 21 tys. złotych, koszta korekty Nowin Sp. Lek. 1200 Zł, pensja redaktora 7 tys. honorarja autorskie (które zdaniem mowcy wogóle nie powinne istnieć w piśmie tego rodzaju). Nieproporcjonalnie niskie sumy preliminowane są natomiast na cele społeczne. Mowca apeluje do Zarządu Okręgu aby poruszyć tę sprawę i obniżyć te pozycje, gdyż to może być przyczyną w innych Obwodach niepłacenia wkładek przez członków. Takie głosy dają się słyszeć w Przemyślu, że z trudem w dzisiejszych stosunkach wpłacane wkładki rozrzutnie się wydaje. Dr. Stefański obiecuje tę sprawę poruszyć na posiedzeniu Zarządu Głównego.

Delegat Obwodu Drohobyckiego podnosi, że Obwody nie mają wiadomości o toku pracy w Okręgach i Centrali i stawia zadanie, by Centrala i Okręgi co pewien czas nadsyłały systematycznie biuletyny z czynności do Obwodów. Dr. Stefański odpowiada, że tę sprawę możnaby przeprowadzić tylko na Walnem Zebraniu w Warszawie. Dalej Dr. Mischel poruszył sprawę Ośrodków Zdrowia, które zamiast być poradnią zajmują się leczeniem, z którego korzystają nawet osoby zamożne. Prof. Nowicki jako naczelnik Izby komunikuje, ż Izba już tę sprawę u odpowiednich czynników poruszyła, ale byłoby wskazanem aby i Zw. L. P. P. w tej sprawie interweniował, tak samo jak i w sprawie uchylenia rozporządzenia dozwalającego osobom nieubezpieczonym korzystania z urządzeń Kas Chorych (jak np. Roentgena, lampy kwarcowej i t. p.) w miejscowościach, w których są prywatne Zakłady tego rodzaju.

Na tem zebranie zamknięto.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Wydział Mieszkaniowy Warszawskiego Tow. Higjenicznego urządza w drugiej połowie maja r. b. instrukcyjny Kurs Mieszkaniowy. Kurs ten będzie miał za zadanie: 1. Stworzyć propagandę konieczności właściwego mieszkania. 2. Dać pewien zasób wiadomości osobom, które prowadzą pracę instrukcyjną w innym zakresie, odwiedzają przytem mieszkania ubogie i przeludnione (pielęgniarki, kontrolerki sanitarne, pracownicy spółdzielni, opiekunki i opiekunowie domów miejskich i osiedli dla bezdomnych, opiekunowie społeczni). Osoby te, mając specjalne nastawienie będą mogły wywierać wpływ dodatni na polepszenie bytowania nawet w złych warunkach i na podniesienie poziomu kulturalnego mieszkańców. Wydział Mieszkaniowy prosi o możliwie szerokie podanie do wiadomości programu wymienionego Kursu i zgłoszenie kandydatów do dnia 10 maja b. r. do Sekretarjatu W. T. H. ul. Karowa 31. Warunki przyjęcia: Wykształcenie ogólne przynajmniej w zakresie 4-ch klas szkoły średniej, oplata w wysokości 5 zł za cały kurs. W przypadkach wyjątkowych będzie stosowane zwolnienie od opłaty. Do zgłoszenia winien być dołączony krótki życiorys. Pierwszeństwo w przyjęciu na Kurs będą miały osoby, delegowane przez organizacje.

Program instrukcyjnego Kursu Mieszkaniowego, zorganizowanego przez Wydział Mieszkaniowy W. T. H. Czas trwania kursu 7 dni. Dzień I. godz. 5—6. J. Ginett-Wojnarowiczowa: Inspekcja mieszkaniowa i jej cele. Praca inspektorek mieszkaniowych. Godz. 6—7. Dr. Wł. Dobrzyński: Wybór i właściwe użytkowanie mieszkania. Godz. 7—8. Inż. Z. Rudolf: Higjena mieszkań i otoczenia. — Dzień II. godz. 5—6. T. Toeplitz. Rola spółdz. mieszk. w budownictwie. Godz. 6—7. Wł. Dobrzyński: Miasta — Ogrody. — Dzień III. godz. 5—6. p. Gondecki: Zakładanie i prowadzenie spółdzielni mieszk. (zasady spółdzielczości. Praktyka zakładania spółdz. mieszk. Główne błędy i sposób ich unikania). Godz. 6—7. St. Tołwiński: Rachunkowość i administracja (ścisłość w rachunkach). Sposoby płatności. Obliczanie kosztów administr. Zarządzanie domem. — Godz. 7—8. Seminarjum. — Dzień IV. godz. 5—6. arch. J. Jankowski: Mieszkanie nowoczesne (Sytuacja, racjonalny plan. inwestycje i urządzenia gospodarcze, praktyczne wykończenie). Godz. 6—7. arch. Nina Wernfeld Jankowska. Meble nowoczesne (meble wmurowane, wmocowane, ruchome, kombinowane, składane). Godz. 7—8 p. Romanowa lub p. Chmielińska: Urządzenie racjonalnej kuchni w nowym domu. Unowocześnienie kuchni w starym domu. — Dzień V. godz. 5—6. Koło Studjów gospod. domowego. Racjonalne korzystanie z inwestycyj i wszelkich urządzeń sanitarnych (gazu, zlewu, łazienki, ustępu, pal. w piecach, zamki. Utrzymanie podłogi debowej, malowanej, terrakotowej). Godz. 6—7. J. Ginett-Wojnarowiczowa: Zbiorowe instytucje w domach spółdz. (koła pań, sklepy spożywców, życie gospodarcze, wspólne zakupy, kuchnia centralna, żłobki, przedszkola, ogródki dziecięce, kolonje letnie, kasy wzajemnej pomocy i t. d.). Godz. 7—8. Seminarjum. — Dzień VI. godz. 5—6. Pielęgniarka dyplomowana. Nnowocześnienie mieszkań w starych domach. Właściwe wykorzystanie mieszkań ze szcze-

gólnem uwzględnieniem mieszkań zbiorowych. Godz. 6—7. Mieszkanie w przypadku choroby (izolacja w małem mieszkaniu). Co robić w przyp. gruźlicy, jaglicy, ostrej choroby zakaźnej). Dziecko w małem mieszkaniu. Godz. 7—8. Dr. Kuropatwińska: Rośliny w mieszkaniu i prowadzenie ogródków. — Dzień VII. Zwiedzanie wzorowego letniska podmiejskiego. Wycieczki co dzień w godz. 10—12. 1. Spółdzielnia warszawska, 2. Spółdzielnia robotnicza, 3. Osiedle na Żoliborzu, 4. Osiedle „Polus", 5. Ogródek Jordanowski, 6. Stare Miasto.

Z Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne odbyło w dniu 29 kwietnia 1931 r. uroczyste posiedzenie z powodu dwudziestolecia swego istnienia. Prezes Towarzystwa Dr. B. Wejnert we wstępnem przemówieniu zobrazował historję powstania i rozwoju Towarzystwa, podkreślił zakres działania oraz złożył podziękowania tym wszystkim, którzy z Towarzystwem współpracowali w ubiegłym, dwudziestoletnim okresie. Dr. I. Grundzach dał rzut oka na dotychczasowy rozwój gastrologji, a Dr. W. Róbin opisał ideał gastrologa przyszłości. Po przemówieniach przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej (Dr. Mozołowski) i Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (Dr. Blay), zabrał głos prof. Antoni Gluziński, a następnie cały szereg przedstawicieli Towarzystw i Instytucyj lekarskich: prof. Paszkiewicz (Tow. Lek. Warsz.), Dr. Konar (Tow. Lek. Częstoch.), Doc. Sterling-Okóniewski (Komitet Walki z Rakiem, Związek Przeciwgruźliczy, Centrum Wyszkolenia Sanitar.), prof. Rapczewski (Tow. Higjen. Warsz.), Dr. Knappe (Tow. Medycyny Społ.), Doc. Szerszyński (Tow. Chirurgiczne), Doc. Elektorowicz (Polskie Tow. Rentgenolog.), Dr. Rubinrot (Koło Warsz. Rentgenolog.). Sekretarz Towarzystwa Dr. Fr. Niewiadomski odczytał szereg depesz gratulacyjnych. Po posiedzeniu odbył się bankiet w restauracji Hotelu „Polonja".

Nowi komisaarze okręgowych Kas Chorych. W dniu 8 b. m. odbyło się w głównym Urzędzie ubezpieczeń w Warszawie wręczenie nominacyj komisarzom przyszłych 56 okręgowych Kas Chorych, które zostają utworzone w miejsce dotychczasowych 243 kas. Dotychczasowi komisarze Kas Chorych otrzymali zwolnienia. Nowi komisarze zostali mianowani w znacznej ilości z pośród dotychczasowych 243 komisarzy. Nominacje wręczył dyrektor głównego Urzędu ubezpieczeń p. Grabowski. Komisarze przyszłych Kas Chorych mianowani zostali jako komisarze organizacyjni i przeprowadzą likwidację dotychczasowych Kas Chorych i organizację nowych Kas okręgowych. Komisarzem Kasy okr. warszawskiego został mianowany p. Kazimierz Rożnowski, w Łodzi Eugenjusz Łopuszański, w Krakowie Zdzisław Kolkiewicz, we Lwowie dr. Józef Marczyński, w Poznaniu dr. Czesław Jakubowski, w Toruniu Apolinary Zdanowicz, w Sosnowcu Michał Wąsowicz, w Lublinie Bronisław Chombakow.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. Dnia 2 maja r. b. zakończony został 2-u tygodniowy Kurs Eugeniki i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny i Polskie T-wo Eugeniczne. Kurs ten uwzględniał zarówno zagadnienia ogólne, jak: sprawy regulacji urodzeń, reformy prawa małżeńskiego, dochodzenia ojcostwa i t. d., jak i sprawy związane ściśle z profilaktyką chorób dziedzicznych. Zrozumienie dla spraw eugeniki i poradnictwa przedślubnego ze strony lekarzy znalazło wyraz w dużej frekwencji, jaką cieszyły się wykłady. Na kurs stale uczęszczało przeszło 50-ciu lekarzy, przyczem szereg lekarzy z prowincji zaznajamiało się ze sprawami eugeniki, w celu zorganizowania odpowiednich przychodni na prowincji. Wobec powyższego Państwowa Szkoła Higjeny i Polskie T-wo Eugeniczne zamierzają prowadzić takie 2-u tygodniowe kursy, ewent. w szerszym zakresie systematycznie co roku, możliwie w tym samym terminie.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 12-go maja 1931 r. Porządek dzienny: 1. A. Galewski: Badania nad zawartością kwasu moczowego w soku żołądkowym. 2. St. Justman: O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego. 3. Wł. Filiński: Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych. Część I: Czechy, Niemcy, Francja, Szwajcarja.

Spółdzielczy Bank Lekarzy. Spółdzielczy Bank Lekarzy, działający na terenie Państwa Polskiego rozpoczął czynności swoje 3 listopada 1930 r., jako instytucja kredytowa stanu lekarskiego i pomimo powszechnie przeżywanego ciężkiego kryzysu gospodarczego, rozwija się stopniowo i pomyślnie. Obecnie posiada zgórą 300 członków z zadeklarowanymi udziałami do zł 50.000.—, a wpłaconymi w sumie zł 32.400.—; wkładów zaś zł 18.000. Przy złożeniu przystąpienia, zgłaszany udział zł 100.— może być wpłacany w 4-ch ratach miesięcznych i zł 10.— wpisowego na konto w P. K. O. 24.030. Najwyższa norma pożyczki określoną została na Walnem Zgromadzeniu, które odbyło się 19 października ub. r. — narazie kwotą zł 2.000.— przy 2-ch udziałach. Poza pożyczkami zwykłemi w formie dyskonta weksli na 11% plus 1/4% prowizji. Bank udziela kredytu inwestycyjnego z terminem rocznym na kupno urządzeń i narzędzi lekarskich w pierwszorzędnych firmach; od tego rodzaju pożyczek pobierane są procenty wg. stopy %-ej Banku Polskiego. Od wkładów oszczędnościowych Bank płaci: na r-ku bieżącym (á vista) 4 1/2%, z wymówieniem 1-o miesięcznem 7%, z wymówieniem 2-u miesięcznem 8%, z wymówieniem 3 miesięcznem 9%. Prezesem rady Nadzorczej Banku jest p. Dr. Wł. Biernacki, prezesem Zarządu p. Dr. L. Brun, członkiem Zarządu p. Dr. J. Załuska, i dyrektorem p. L. Dzierzanowski. Biuro, mieszczące się w lokalu Związku Lekarzy P. P. przy ul. Chmielnej Nr. 58, czynne jst codziennie od godz. 18 do 20-ej.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie We środę dnia 6 maja b. r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskeigo ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego na którem wygłosił odczyt: Dr. Lindenfeld: Pyelografja dożylna.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie. We środę dnia 13 maja r. b. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4 Uroczysta Akademja ku czci ś. p. prof. Dr. Karola Kleckiego, honorowego członka Towarzystwa.

Lwów.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego we Lwowie zawiadamia, że z pośród wybranych na ostatniem dorocznem Zebraniu Członków Zarządu na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia b. r. ukonstytuował się nowy Zarząd w osobach: Prezes: Dr. Ludwik Daum. Wiceprezes: Dr. Witold Lipiński Sekretarz: Dr. Feliejan Zając. Skarbnik: Dr. Michał Salpeter. Członkowie Zarządu: Prof. Dr. Marjan Franke, Prof. Dr. Nowicki Witold, Dr. Pohorecki Andrzej, Dr. Świtalski Mieczysław, Dr. Brichta Zdzisław, Dr. Mańkowski Ludwik, Dr. Doliński Eugenjusz, Prof. Dr. Lenartowicz Jan, Dr. Opolski Zdzisław, Dr. Kreissberger Wiktor (Drohobycz), Dr. Janik Alfred, Dr. Sochacki Władysław, Dr. Bodnar Gustaw (Przemyśl), Dr. Loebel Henryk (Przemyśl), Dr. Baranowski Tadeusz (Drohobycz), Dr. Herscher Ignacy (Tarnopol), Dr. Felber A., (Stryj). Zastępcy członków Zarządu: Dr. Huelb Władysł. (Przemyśl), Dr. Krzyżanowski Marjan, Dr. Mischel Samuel (Drohobycz), Dr. Drettler R. (Tarnopol), Dr. Ross Jan.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIII. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 1 maja b. r. z następującym porządkiem. 1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia. 2) Kol. Mączewski przedstawił przypadek sztucznej pochwy ze skóry. W dyskusji przemawiał kol. Sołowij. 3) Kol. A. Falkiewicz wygłosił wykład: O zaburzeniach rytmu serca i zastosowaniu elektrokardiografji jako metody rozpoznawczej. 4) Kol. Hanzel wygłosił wykład p. t.: O stosunkach lekarskich w Ameryce. W dyskusji przemawiali kol. kol. Koskowski i Fels.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIV. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 8. maja 1931 r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia. 2) Kol. W. Seidl przedstawił wannę do częściowych stopniowanych gorących kąpieli wedle Hauffego — oraz zademonstrował kąpiel. W dyskusji przemawiał Kol. Fels. 3) Kol. A. Dobrzański przedstawił przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego — wyleczony. W dyskusji przemawiali: kol. kol. T. Ostrowski i Skrowaczewski. Odpowiadał Kol. Dobrzański. 4) Kol. M. Seidler przedstawił 2 przypadki raka szyjki macicy, operowanego przez pochwę — sposobem Schauthy-Stöckla — oraz omówił metodę. 5) Kol. W. Moraczewski: wygłosił wykład p. t.: O wpływie diety na skład krwi i wydzielanie niektórych składników moczu. W dyskusji przemawiał kol. Fels.

Poznań.

VII. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Oddziałem Tow. Internistów Polskich odbyło się w piątek, dnia 24 kwietnia 1931 r. z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Prof. Dr. W. Jezierski: Diagnostyczne znaczenie obrazu kropli krwi (Guttadiaphot). 4) Dr. W. Spychała: O znaczeniu diety bezsolnej w leczeniu gruźlicy płuc i skóry metodą Gersona-Sauerbrucha-Herrmannsdorfera.

IX. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Wielkopolskiem Tow. Dermatologicznem odbyło się we czwartek, dnia 7 maja 1931 r. z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Prof. Karwowski: a) Akrodermatitis continua suppurativa Hallopeau. b) Czy należy zaniechać mięsienia sterczu przy rzerzączce. 4) Dr. Bochyński: Przyczynek do rozpoznania różniczkowego wegetacji skórnych. 5) Dr. Śniegocka: Serodjagnostyka rzeżączki.

Z kraju.

Krynica.

Dnia 19 września 1930 r. odbyło się Walne Zgromadzenie Członków Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy, na którem wybrano Zarząd Stowarzyszenia na rok 1930—1931 w następującym składzie: Prezes: Dr. Ludwik Korybut Daszkiewicz; wiceprezes: Dr. Ludwik Rosenberg, sekretarze 1-szy: Dr. Daniel Hirszbajn, II-gi: Dr. Henryk Brand; bibljotekarz: Dr. Stanisław Lewicki; skarbnik: Dr. Kazimerz Wilczewski. Członkowie Wydziału: Dr. Zygmunt Wąsowicz, Dr. Maks Schütz. Na temże Zebraniu został Profesor Dr. Ludomił Korczyński wybrany jednogłośnie honorowym członkiem Stowarzyszenia.

Zakopiańskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze uruchomiło z dniem 1 marca nową Poradnię przeciwgruźliczą. Pierwsza mieści się na Bystrem — Olczy. Nowa poradnia mieści się w gmachu Kasy chorych przy ul. Chramcówki i jest czynna w godzinach od 15—17 w każdy piątek tygodnia. Korzystać z niej mogą stali i niezamożni mieszkańcy Zakopanego, chorzy na gruźlicę.

Jak Kasy chorych wydatkują każde 100 zł. Jak wynika z opracowanej ostatnio statystyki, Kasy chorych w Okręgu Poznańskim i Pomorskim wydatkują przeciętnie każde 100 złotych w następujący sposób: Największą pozycję, mianowicie 29 zł 59 gr, stanowią wydatki na zasiłki pieniężne dla ubezpieczonych. Następnie 18 zł 91 gr wydatkuje się na pobory dla lekarzy. Dentyści Kas chorych otrzymują przeciętnie z każdych 100 zł ogólnych wydatków — 2 zł 81 gr, akuszerki — 1 zł 63 gr. Na środki lecznicze wydaje się 17 zł 21 gr, na pomocniczy personel — 0.64 zł, na przewozy chorych i środki lekarskie — 31 zł 17 gr, na wydatki administracyjne — 8 zł 79 gr. Poza tem z każdych 100 złotych Kasy chorych wydają przeciętnie 17 zł 25 gr. na koszty utrzymania Zakładów leczniczych dla ubezpieczonych i na opłaty w szpitalach.

Wolne posady.

Wydział Powiatowy Sejmiku Grodzieńskiego i powiatowa Kasa chorych w Grodnie ogłasza Konkurs na posadę lekarza rejonowego w osadzie fabrycznej Mosty. Posada jest do objęcia od 1 maja r. b. Warunki są następujące: 1) obywatelstwo polskie, 2) prawo praktyki przyznane przez Państwo Polskie i dyplom lekarski, 3) przynajmniej dwuletnia praktyka lekarska, 4) pobory z Sejmiku w. g. VII-ej kat. płac, a od Kasy chorych ryczałt w sumie 450 zł. 5) podania kierować pod adresem: Wydział Powiatowy Sejmiku w Grodnie.

Powiatowa Kasa chorych w Sokółce ogłasza konkurs na stanowisko lekarza w zakresie chorób ogólnych z uposażeniem ryczałtowem 450 zł. miesięcznie. Wymagane warunki: 1) Obywatelstwo Państwa Polskiego, 2) Prawo wykonywania praktyki w Państwie Polskiem, 3) Stan zdrowia zezwalający na pracę w Kasie chorych, 4) Posiadający pratkykę szpitalną mają pierwszeństwo. Podanie z życiorysem i innymi załącznikami można składać do Powiatowej Kasy chorych w Sokółce.

Zarząd Międzynarodowego Związku Szpitalnego w Kaliszu ogłasza konkurs na dwa stanowiska lekarzy internistów i na jedno stanowisko kierownika oddziału położniczo-ginekologicznego. Dla lekarzy internistów przewidziane jest uposażenie ryczałtowe w wysokości 350 zł miesięcznie, zaś dla kierownika oddziału położniczo-ginekologicznego uposażenie ryczałtowe w wysokości 450 zł miesięcznie. Warunki konkursu: 1) Obywatelstwo polskie. 2) Dyplom lekarski i świadectwo, uprawniające do wykonywania praktyki lekarskiej. 3) Conajmniej dwuletnia praktyka w klinikach uniwersyteckich lub w większych szpitalach. 4) Pierwszeństwo mają lekarze miejscowi. Podania wraz z uwierzytelnionemi dowodami świadectw i własnoręcznie napisanym życiorysem należy składać do Zarządu Międzykomunalnego Związku Szpitalnego w Kaliszu (Szpital Św. Trójcy, ul. Marszałka Piłsudskiego 34) w terminie do 1 czerwca 1931 r.

Zawiadomienie. Komitet stały wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji IV Kursu Lekarskiego w dn. 30. VIII — 1. IX. r. b. (niedziela, poniedziałek, wtorek). Protektorat nad kursem objąć raczył pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. dr. Eugenjusz Piestrzyński. Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników-lekarzy, przybyłych w liczbie około 600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej. Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu IV na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do P. P.: Prof. dr. A. Czyżewicza (Warszawa), Dr. med. H. Higiera (Warszawa), dr. med. H. Kłuszyńskiego (Warszawa), Prof. dr. E. Lotha (Warszawa), Prof. dr. K. Michejdy (Wilno), Prof. dr. W. Orłowskiego (Warszawa), Prof. Dr. K. Pelczara (Wilno), Prof. Dr. E. Piaseckiego (Poznań), Dr. med. S. Rudzkiego (Warszawa), Doc. Dr. A. Sabatowskiego (Lwów), Dr. med. W. Sterlinga (Warszawa), Prof. Dr. W. Szenajcha (Warszawa). Uczestnicy kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku, oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej. Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu. Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie. W imieniu Komitetu IV. Lekarskiego Kursu Wakacyjnego: Komisarz St. Leśniewski, Dyrektor inż. St. Kozłowski, Burmistrz C. Cichowicz, Doc. Dr. L. Lorentowicz — Przewodniczący Komitetu, Dr. med. I. Dembicki, Dr. med. P. Rudzki — Zastępca przewodniczącego, Dr. med. J. Hurwicz — Skarbnik, Prof. Dr. E. Loth, Dr. med. K. Ciągliński, Płk. Dr. J. Drac, Dr. med. T. Fafius, Dr. med. M. Kraushar.

Ze świata.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że w roku bieżącym odbędą się następujące kongresy z dziedziny nauk lekarskich:

1) Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze (15—20 czerwca 1931 r.);

2) Journees Medicales w Brukseli (20—24 czerwca 1931 r.);

3) Kongres Królewskiego Instytutu w Glasgowie (4—11 lipca 1931 r.);

4) Journees Medicales Coloniales w Paryżu (22—30 lipca 1931 roku).

VIII Kongres Dentystyczny w Paryżu. Sierpień 1931 r. Dla ułatwienia Kolegom przyjęcia udziału w Kongresie Paryskim Warszawski Komitet propagandowy zwrócił się do polskiego biura podróży „Francopol" z propozycją urządzenia wycieczki zbiorowej. Francopol zakomunikował, że chętnie taką wycieczkę zorganizuje, i podał następujące warunki: koszt wycieczki dziesięciodniowej wyniesie 724 zł od osoby. Przewiduje się podróż kl. II. Ponadto wlicza się w tę cenę paszport zagraniczny, wizy, wyżywienie w drodze w wagonach restauracyjnych, zwiedzanie Paryża, wielokrotny bilet wejścia na wystawę Kolonjalną, która w tym czasie będzie otwarta, przewóz bagaży i pasażerów, hotele, pełne utrzymanie, napiwki — słowem wszystkie wydatki, związane z tą wycieczką. Jeśli Kongres sam zajmie się pokazem osobliwości miasta, opłata może być zmniejszona o 40 zł od osoby. Utrzymanie w wagonach restauracyjnych w obie strony oblicza się 34 zł 50 gr od osoby; kwota ta wchodzi w cenę ogólną (724 zł). Przypominamy, że w marcu upłynął termin składania deklaracyj pokazów, które się ma dokonać na Kongresie. Zgłaszać je należy na ręce p. przewodniczącego Polskiego Komitetu Narodowego (Prof. A. Cieszyński, Zielona 5 a we Lwowie). Obok tytułu mają być dostarczone streszczenia w języku francuskim, niemieckim, angielskim lub hiszpańskim podług norm, ogłoszonych w numerze zeszłym.

Redakcja otrzymała:

Trudy smolenskoho obszczestwa estestwoyspytateley y wraczey pry smolenskom hosudarstwennom unywersytete. Pod red. prof. N. W. Popowa. (Abhandlungen der Gesellschaft Naturforscher und Aerzte an der Universität Smolensk. Tom IV. i VII.

Zachert M. „Le trachome en Pologne". Odb. z Bulletin mensuel de l'office International d'Hygiène publique, Tome XXIII. année 1931. fasc. nr. 3.

Zachert M. „The blind in Poland". World Conference on the blind Neu-Jork 1931.

Rubinrot S. „Zarys rentgenologji". Podręcznik dla lekarzy i słuchaczy medycyny. Warszawa 1931.

Grzywo-Dąbrowska M. „Listy samobójców". Odb. z Warsz. czas. lek.